
ЕСЛИ
РЕБЕНОК
БОЛЕН

ЕСЛИ РЕБЕНОК БОЛЕН

АЛМА-АТА «КАЗАХСТАН» 1986

ГЛАВНАЯ РЕДАКЦИЯ
НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Рецензенты: доктор медицинских наук **Н. П. Ярочкина**,
кандидат медицинских наук **Т. М. Мырзабеков**.

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ:

С. Л. Адамович, М. А. Ахметова, В. С. Голубченко, И. Г. Дауранов, З. Қ. Ержанова, А. Б. Қанатбаева, З. И. Лятс, Р. Ф. Марков, А. Қ. Машкеев, К. С. Ормантаев, Л. О. Саулебекова, О. Д. Тэн, Б. У. Утетлеуов, С. Г. Файзуллин, Б. Х. Хабижанов, А. Н. Хусаинова, Ш. Н. Хусаинова, Л. П. Шкуренкова, А. А. Янова.

Е 84 **Если ребенок болен.**— Алма-Ата: Қазахстан, 1986.— 168 с.

На основе многолетних комплексных обследований детей в Казахском НИИ педиатрии в книге в доступной форме рассказывается о наиболее серьезных и частых заболеваниях у детей (органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, почек, нервной системы, а также о травмах детского возраста). Авторы книги — ведущие специалисты Института педиатрии — дают сведения об основных причинах возникновения и особенностях течения детских болезней, о мерах их предупреждения, режиме, характере питания больных.

Рассчитанная на широкий круг читателей книга прежде всего будет полезна молодым родителям, роль которых в предупреждении заболеваний у детей и раннем их выявлении чрезвычайно велика.

Е $\frac{4124030000-04}{401(05)-86}$ 147—86 57.33

ПОЧЕМУ РЕБЕНОК БОЛЕН?

Всем хорошо известно, что жизнь ребенка, его будущее, его достижения и успехи в значительной мере определяются состоянием здоровья.

С рождением ребенка в семью приходит не только радость, но и заботы, а нередко и огорчения.

Одних родителей волнует, почему вчера еще жизнерадостный и здоровый малыш сегодня вял и капризен, других интересует, почему их ребенок беспокоен по ночам, плохо прибавляет в весе, беспричинно вздрагивает, имеет необычный цвет и запах мочи, часто болеет простудными заболеваниями. Дети подрастают, однако тревог и забот у родителей зачастую не убавляется.

Почему ребенок болен? Отчего малыш, появившись на свет, начинает вызывать опасения за состояние своего здоровья у близких и медицинских работников? В чем причина его недуга? Ответить на этот вопрос невозможно однозначно. Порой очень сложно определить истоки заболевания. Как правило, не один, а целый ряд неблагоприятных факторов, тесно переплетающихся между собой и взаимообусловливающих друг друга, способствуют возникновению болезни.

Здоровье будущего ребенка определяется, во-первых, условиями формирования половых клеток матери и отца (ово- и сперматогенез); во-вторых, условиями внутриутробного развития плода; в-третьих, течением родов, периода грудного вскармливания; в-четвертых, условиями внешней среды, в которой будет протекать жизнь родившегося ребенка. Влияние неблагоприятных социальных и биологических факторов на любом из этих этапов может иметь печальные последствия для будущего потомства.

В целом ряде случаев ребенок заболевает еще будучи в организме матери, т. е. внутриутробно.

Можно ли предупредить нарушения развития внутриутробного плода? Да, можно. Но для этого нужно знать условия, необходимые для его нормального развития, а также причины, вызывающие те или иные заболевания. Развитие зародыша и его состояние обусловлены многими факторами наследственного и ненаследственного характера. Плод находится в непрерывной связи с материнским организмом. В настоящее время доказана возможность попадания от матери к плоду микробов, вирусов, ядовитых веществ, алкоголя, некоторых лекарственных препаратов и установлено их вредное влияние на плод, а в последующем на ребенка.

Ученые заметили, что заболеваемость и смертность зародышей особенно высоки на самых ранних стадиях внутриутробного развития. Причиной этого является исключительная «чуткость» клеток и тканей эмбриона к действию самых различных внешних раздражителей. Причем зависит она не столько от природы раздражителя, сколько от периода развития зародыша, так как каждый орга́н, каждая система тканей и организма в целом имеют так называемые критические периоды развития. Воздействие неблагоприятных агентов в эти периоды является наиболее опасным для жизни и здоровья зарождающегося организма. Принято считать, что первый критический период в развитии зародыша человека относится к 1-й — началу 2-й недели после зачатия. Образование отдельных органов эмбриона начинается на 3—5-й неделе, и влияние вредных агентов в этот период может повлечь за собой как смерть эмбриона, так и возникновение местных уродств и пороков развития. В период формирования детского места (плаценты) между 8—11-й неделями могут появиться общие аномалии развития зародыша, включая ряд врожденных заболеваний. Таким образом, наиболее чувствительным к воздействию неблагоприятных факторов зародыш становится в первые 3 месяца беременности, поэтому в этот период будущей матери следует всячески избегать и предотвращать их влияние.

Известно, что многие лекарственные вещества (барбитураты, сульфаниламиды, некоторые антибиотики, салицилаты, обезболивающие и наркотические средства и т. д.) довольно легко проникают через плаценту и сравнительно медленно выводятся из организма плода. В результате в нем создаются высокие концентрации этих препаратов, оказывающих уже не лечебное, а токсическое действие на

плод. Кроме того, эмбрион отличается более высокой, чем мать, чувствительностью к лекарственным препаратам. Поэтому даже малотоксичные препараты могут оказывать на плод вредное влияние. Следует подчеркнуть, что наиболее быстро проникают через плаценту наркотики, алкоголь, некоторые гемолитические яды, мышьяк. Плацента проницаема для таких веществ, как опий, морфий, хлоралгидрат, эфир, хлороформ, закись азота, барбитураты, снотворные, салицилаты, хинин, аминазин, сульфат магния, новокаин, витамины, антибиотики, сульфаниламиды, эстрогенные, гонадотропные и тиреотропные гормоны, глюкокортикоиды.

Особую опасность таят в себе лекарственные вещества, применяемые с целью прерывания беременности без участия врача. В этих случаях женщины, как правило, используют токсические дозы препаратов. Литературные данные свидетельствуют о том, что в результате приема с целью прерывания беременности хинина, эстрогенов отмечаются многочисленные случаи рождения детей с врожденными пороками.

Нервная система и железы внутренней секреции плода сохраняют выраженную чувствительность к повреждающим факторам в течение всего внутриутробного периода, но нарушения их развития не всегда проявляются в период новорожденности. Имеются случаи поздних изменений (на 2-м году жизни) со стороны нервной системы (глухота) у детей, матери которых во время беременности лечились стрептомицином.

Медицинской практике известны случаи продолжительного приема беременными женщинами различных медикаментозных препаратов в дозировках, превышающих допустимую концентрацию. Так, в результате бесконтрольного применения ПАСК, тетрациклина, ауреомицина, аспирина, амидопирина, седуксена, сульфаниламидных препаратов ребенок может родиться с повреждениями нервной системы, изменениями во внутренних органах, костно-мышечной системе, врожденными уродствами. Особенно важно помнить о неблагоприятном действии различных препаратов в период между 3-й и 9-й неделями беременности, когда происходит формирование важнейших органов эмбриона.

Инфекционные заболевания представляют серьезную опасность как для беременной женщины, так и для плода.

Действие лекарственного вещества зависит от состояния плода. Если он истощен, страдает каким-то заболеванием,

то лекарственное вещество оказывает на него совершенно иное воздействие, чем на здоровый плод. Например, известно, что при лечении беременной, больной токсоплазмозом, ребенок рождается здоровым. Применение лекарственных средств в ранние сроки может неблагоприятно воздействовать на плод. В связи с этим лечение некоторыми препаратами можно начинать только после 12 недель беременности. Особенно осторожно следует применять гормональные препараты. Прием мужских половых гормонов (метилтестостероны), а также синтетических гормонов, обладающих действием гормонов желтого тела, может вызвать у плода девочки неправильное развитие половых органов. У детей, матери которых во время беременности получали тетрациклин, отмечается задержка развития скелета, коричневая окраска молочных зубов. Антикоагулянты (дикумарин) вызывают у плода более выраженные изменения в свертывающей системе крови, чем у матери. В связи с этим у ребенка появляются множественные кровоизлияния. Особенно неблагоприятно применение антикоагулянтов в сочетании со снотворными и успокаивающими средствами.

Инфекционные заболевания часто осложняют беременность и угрожают гибелью плода или преждевременными родами. Причинами такого неблагоприятного исхода беременности являются: проникновение инфекции к плоду, тяжелые деструктивные изменения в плаценте, развитие геморрагического эндометрита, перегревание плода при высокой температуре у матери, его отравление токсическими продуктами бактериального и обменного происхождения. Инфицирование плода может привести к раннему излитию околоплодных вод, слабости родовой деятельности, асфиксии плода. Внутриутробное заражение плода может происходить через плаценту, через маточные трубы или восходящим путем через влагалище. Через маточные трубы инфекция переходит на плодные оболочки и затем проникает в околоплодные воды. Внести инфекцию можно и при попытке криминального прерывания беременности.

Возможность заражения плода возрастает при преждевременном излитии околоплодных вод и при предлежании плаценты. Уже спустя 5—6 часов после вскрытия плодного пузыря можно обнаружить бактерии в полости матки. При затяжных родах они могут проникать сюда и через неповрежденную плодную оболочку. В последнее время инфекция является наиболее частой причиной внутриутробной

патологии плода и заболеваемости ребенка в первые три месяца жизни. Причем в ранние сроки беременности чаще происходит заражение вирусами, в поздние — бактериями, простейшими и микроскопическими грибками.

Среди инфекционных болезней наиболее распространенными являются острые респираторные заболевания, которые более чем у трети беременных и рожениц вызываются вирусами (грипп, парагрипп, аденовирусы). Все эти заболевания способствуют активизации бактерий, а они, в свою очередь, могут быть причиной различных осложнений. Ученые заметили, что перенесенные во время беременности вирусные заболевания в 60% случаев способствуют преждевременному прерыванию беременности или создают угрозу его, возникновению слабости родовой деятельности и асфиксии новорожденного. Это объясняется тем, что вирусы способны вызвать воспалительные изменения в плаценте, в связи с чем нарушается кровообращение в ней и возникает состояние кислородного голодания. Это может сказаться на развитии и функции нервной системы будущего ребенка, так как именно нервные клетки обладают наиболее высокой чувствительностью к недостатку кислорода. В настоящее время известны случаи поражения органов зрения, пороки рефракции, косоглазие, ретинопатии у детей, матери которых перенесли угрозу прерывания беременности. Кроме того, у детей, родившихся преждевременно, частота неврологических расстройств как при рождении, так и в более старшем возрасте в 5 раз выше по сравнению с доношенными детьми. Многочисленные наблюдения показывают, что такие инфекции, как краснуха, грипп, гепатит, перенесенные матерью во время беременности, способны внутриутробно вызывать энцефалиты, микроцефалию, гидроцефалию и другие поражения центральной нервной системы. К серьезным последствиям для детей приводят такие хронические инфекции у матери, как токсоплазмоз, листериоз и туберкулез. У большинства взрослых и детей токсоплазмоз протекает без клинических проявлений, его можно выявить при особом исследовании крови. У беременных женщин эта болезнь также довольно часто не дает о себе знать, и у «практически здоровой» матери могут рождаться больные дети. Источником инфекции в этом случае являются домашние животные, блохи, клопы и клещи. Возбудители заболевания — токсоплазмы поступают из крови матери через плаценту к плоду. Иногда единственным признаком скрытой формы токсоплазмоза у женщины являются

повторные выкидыши, мертворождения и уродства детей. Поражение плода чаще всего проявляется пороками развития центральной нервной системы (недоразвитие мозга, водянка мозга), глаз. Если ребенок и родился живым, в его развитии наблюдаются физическое или умственное отставание, вялость или беспокойство, судороги и другие симптомы поражения.

Инфекционное заболевание листериоз также передается от животных и часто протекает у беременных женщин без клинических проявлений. Но развитие плода нарушается. У родившихся живыми детей, больных листериозом, как правило, повышена температура, нередко на коже имеется сыпь, отмечается расстройство дыхания, могут возникнуть явления воспаления мозга и септического поражения. Следует отметить, что внутриутробное инфицирование плода может произойти при наличии у матери очагов гнойной инфекции, обостряющихся в период беременности: хронических тонзиллитов, отитов, синуситов, пиелитов, циститов и т. д. Дети таких матерей рождаются в состоянии гипотрофии и с явлениями внутриутробной инфицированности. У них, и особенно у родившихся недоношенными, часто развивается сепсис в раннем возрасте. Следует отметить, что в последние годы в связи с распространением антибиотикоустойчивых форм микробов случаи гнойно-септических заболеваний значительно участились у новорожденных, причем довольно часто прослеживается связь инфицирования ребенка с инфицированием организма матери, например, при заболевании ее маститом, фурункулезом, пиодермией и т. д. Довольно частым возбудителем инфекционного процесса является стафилококк. Ранними симптомами стафилококковой инфекции у ребенка являются небольшое увеличение массы тела, срыгивания, сероватая окраска кожи, позднее отпадение пуповинного остатка, длительно незаживающая пупочная ранка.

Определенное влияние на плод оказывают и другие заболевания матери, не связанные с инфекцией: токсикоз беременности, сердечно-сосудистые заболевания и некоторые эндокринные нарушения. Клинические наблюдения показывают, что при токсикозе беременности вследствие нарушений солевого обмена и колебаний кровяного давления в организме беременной женщины происходят патологические изменения в плаценте. Это неблагоприятно отражается на состоянии плода. Особенно опасны сочетания токсикоза с гипертонической болезнью, хроническим пиелоне-

фритом. В результате таких заболеваний новорожденные часто отстают в физическом развитии, у них отмечаются симптомы физиологической незрелости: мышечный тонус, рефлексы, артериальное давление снижены, выражены признаки анемии, наблюдается медленное восстановление первоначального веса. Исход беременности при токсикозах зависит от своевременности диагностики и лечения этой патологии. При ранней и правильной терапии возможно устранение условий, тормозящих развитие плода.

Неблагоприятное влияние на состояние будущего потомства оказывают гипертоническая болезнь и гипотония, некомпенсированные пороки сердца: плод испытывает хроническое кислородное голодание, от которого больше всего страдает центральная нервная система.

Железодефицитная анемия, которая часто встречается у беременных женщин, возникает в связи с повышением расходования железа на удовлетворение потребностей материнского организма и развивающегося плода. Анемия сопровождается гипоксией (кислородным голоданием), расстройством всех органов и систем, изменением углеводного, белкового и минерального обмена в организме матери, являющимися причиной нарушения условий питания плода, сказывающегося на его развитии и на развитии организма новорожденного и на первом году жизни ребенка. Дети часто рождаются в состоянии асфиксии, в значительном проценте случаев у них отмечаются изменения функций нервной системы и показателей периферической красной крови, которые тем значительнее, чем большая степень анемии у матери. Такие дети должны находиться под постоянным наблюдением педиатра и подвергаться систематическому обследованию в течение первого года жизни.

Современная литература располагает многочисленными данными, указывающими на зависимость эндокринных нарушений у ребенка от заболевания желез внутренней секреции у матери. Особенно четко это подтверждается при заболевании матери сахарным диабетом. Дети при таком заболевании матери рождаются с гигантской массой тела и ростом. Многие из них страдают умственной отсталостью, сочетающейся с явлениями микро- и гидроцефалии, судорожными состояниями. Могут встретиться и врожденные пороки сердца, расщепление твердого нёба, а также изменения эндокринной системы (нарушения углеводного обмена, преддиабет, чрезмерно быстрое физическое и половое созревание).

Особенно опасно для развивающегося плода скрытое нарушение углеводного обмена у беременных. Оно, как правило, остается нераспознанным и нелеченным, в то время как при правильной компенсации инсулина при сахарном диабете ребенок рождается здоровым.

Отрицательное влияние на формирование плода и исход беременности оказывают явления гипер- или гипофункции щитовидной железы. У новорожденных детей, матери которых страдают тиреотоксикозом, обнаруживаются нарушения минерального обмена процессов костеобразования, сухость кожи, плохой рост волос на голове, пороки развития щитовидной железы. У некоторых детей наблюдается умственная отсталость, врожденная микседема. Тяжелые повреждения имеют дети, рожденные матерями с врожденной недостаточностью надпочечников. Они ослаблены, с малой массой тела и малым ростом, интеллект их снижен.

Приведенные данные о влиянии заболеваний матери на плод и ребенка свидетельствуют о том, что одни из них оказывают прямое воздействие на организм плода, другие приводят к гипоксии материнского организма, отрицательно сказывающейся на состоянии здоровья плода в целом и в особенности на состоянии его нервной системы.

Об отрицательном влиянии алкоголя на потомство известно со времен далекой древности. Народ издавна заметил, что дети алкоголиков и даже людей, употребляющих алкоголь однократно при зачатии, часто рождаются мертвыми, отстают в развитии или растут умственно неполноценными. Не случайно законы Древнего Рима запрещали молодым людям до 30 лет, т. е. в годы наиболее активного воспроизведения потомства, употреблять спиртные напитки. Согласно законам Древней Греции, строго запрещалось зачатие в пьяном виде, новобрачным — употреблять вино в день свадьбы. Даже в мифах древние греки связывали уродство хромого бога огня Гефеста с тем, что тот был зачат Зевсом в пьяном виде. На Руси в древности также запрещалось новобрачным употреблять спиртные напитки. В более поздние времена во Франции ослабленных детей, родившихся от родителей алкоголиков, называли «детьми воскресного дня», «детьми веселого ужина». Установлено, что примерная дата зачатия большинства болезненных детей совпадает с праздничными днями, обычно сопровождающимися приемом алкоголя. Контакт с алкогольным ядом опасен на всех этапах формирования организма ребенка и может проявиться нарушением физического и психического

здоровья в различные возрастные периоды, причем риск возникновения и развития тяжелых нарушений тем выше, чем продолжительнее и интенсивнее было воздействие алкоголя.

Алкоголь, принимаемый матерью в период грудного вскармливания ребенка, вызывает у него расстройство нервной системы, нарушения в психической сфере, различные заболевания органов пищеварения, печени, почек, сердечно-сосудистой системы, легких, тормозит умственное развитие. О влиянии хронической алкогольной интоксикации родителей на потомство свидетельствуют многочисленные наблюдения. Французский врач Демме изучал здоровье 57 детей, принадлежащих семьям алкоголиков: 25 из них умерли в раннем детстве, 5 детей страдали эпилепсией, 5 — тяжелой водянкой головного мозга, 12 росли беспомощными идиотами и только 10 были здоровыми. По данным другого исследователя, из 188 детей, страдающих судорожными припадками, у 117 родители были алкоголиками. К сожалению, несмотря на возросший культурный уровень населения, широкое развитие средств массовой информации, будущие родители все еще недостаточно осведомлены об опасностях, которые таит в себе злоупотребление алкоголем. В 1975 году алкогольному синдрому был посвящен специальный международный симпозиум, на котором были приведены весьма убедительные факты. В штате Вашингтон было обследовано 1529 матерей и их детей. Оказалось, что у матерей, которые совсем не употребляли спиртных
напитков или употребляли их в небольшом количестве,
лишь 2% детей рождаются с отклонениями от нормы (лиш-
ние пальцы на руках и ногах, аномальные складки кожи
на ладонях и аномальный разрез глаз, низко посаженные
уши, врожденные пороки сердца и т. д.). У умеренно пью-
щих матерей эта цифра увеличилась до 9%, у сильно пью-
щих — до 74%. У новорожденных последней группы мате-
рей, как правило, регистрируется не одно, а несколько от-
клонений от нормы. Наибольшее беспокойство вызывает
тот факт, что у 12% детей, родившихся от матерей-алкого-
личек, размер головы оказывался значительно меньше нор-
мы, что свидетельствует об умственной отсталости. Вместе
с тем в группе умеренно пьющих и непьющих женщин та-
кое явление отмечается в десятки раз реже.

Еще одна серьезная проблема — курение. В настоящее время многие молодые женщины курят, причем социологические наблюдения указывают на значительное преоблада-

ние среди курящих молодых людей до 25 лет. Мало кто из них знает, что курение приносит ущерб будущему поколению. Даже неинтенсивное курение может вызвать стерильность мужчин и женщин (отсутствие способности к оплодотворению). Работы зарубежных и отечественных ученых свидетельствуют о том, что у курящих женщин возрастает число самопроизвольных выкидышей, поздних токсикозов, выше процент мертворождений и преждевременных родов. Матери, курящие во время беременности, чаще рожают детей с низкой массой тела и теряют их во внутриутробном периоде и после рождения. Считают, что частота развития патологии беременности и родов, рождения детей в состоянии асфиксии повышается прямо пропорционально количеству сигарет, выкуренных беременной. Изменения в организме курящих женщин объясняются токсическим действием окиси углерода, образующейся при курении.

Многочисленные исследования показывают, что факторы внешней и внутренней среды оказывают неблагоприятное влияние на потомство не только через материнский организм, но и в равной мере через организм отца. Это касается не только злоупотребления отцами алкоголем, курением. Заболевания желез внутренней секреции могут отразиться на состоянии здоровья будущего потомства. Например, если у отца имеется заболевание щитовидной железы, то и у ребенка она может быть поражена. У детей, отцы которых страдали сахарным диабетом, отмечалось чрезмерно быстрое физическое, а в ряде случаев и половое созревание, которое часто сочеталось с ожирением, а впоследствии с диабетом. Причем эти изменения обнаруживались обычно в возрасте 7—8 лет и в период полового созревания. Имеются данные о том, что у детей отцов, страдающих хроническими тонзиллитами, хронической патологией органов дыхания, как правило, снижена сопротивляемость организма и они более подвержены заболеваниям аппарата дыхания.

Будущих родителей иногда волнуют вопросы наследственной передачи тех или иных заболеваний в семье. Если такая передача возможна, то каков риск рождения больного ребенка?

Проблемы наследственности волнуют сегодня весь мир. Ученые установили, что по наследству могут передаваться не только внешние признаки, но и факторы, определяющие состояние здоровья. Они обратили внимание на те семьи, в которых у нескольких родственников отмечались од-

ни и те же заболевания. Среди них болезни нервной системы, опорно-двигательного аппарата, печени, почек, сердца, легких и др. В одних случаях болезни в семьях передаются независимо от пола от прабабушек и прадедушек к бабушкам и дедушкам, от них — к отцам и матерям, от последних — к детям, в других — преимущественно лицам мужского или женского пола. Например, такое заболевание крови, как гемофилия, проявляется только у мужчин рода, а женщины являются носителями этой патологии. Родителям нужно знать, что все наследственные болезни делятся на две группы. К первой группе относятся заболевания, связанные с повреждениями хромосом (носителей наследственности). В этих случаях в клетках человека обнаруживается хромосом больше или меньше, чем должно быть в норме. Могут определяться и нарушения в строении хромосомного аппарата. В результате дети рождаются с различными дефектами развития и в последующем отстают от своих сверстников.

Ко второй группе относятся болезни, связанные с повреждениями генов. Гены — мелкие частицы, входящие в состав хромосом и отвечающие за какой-то признак органогенеза. Например, один ген определяет голубой цвет глаз, другой — карий. Поврежденный ген не способен контролировать образование тех или иных веществ в организме. В связи с этим возникает нарушение обмена, приводящее к заболеваниям нервной системы, органов пищеварения, зрения, слуха, которые в последующем могут передаваться по наследству. Новорожденные дети с наследственными заболеваниями нередко ничем не отличаются от здоровых детей. Однако родителям следует знать о том, что наследственные заболевания могут проявляться по-разному. У одних детей это пороки развития, у других — нарушения обмена веществ, заключающиеся в отсутствии способности переваривать или усваивать обычную пищу, например непереносимость сахаров, входящих в состав материнского молока, белков пищи или входящих в ее состав аминокислот: фенилаланина, гистидина, метионина и др. Это приводит к частым срыгиваниям, рвоте, плохой прибавке массы тела, повреждениям нервной системы и других органов. Иногда наследственные заболевания проявляются в виде безобидных отклонений: шестипалость, сращение пальцевых фаланг, нарушения кожной пигментации и т. д. Довольно часто наследственные заболевания как бы не имеют своего «лица», т. е. своими проявлениями они сходны с

другими наследственными заболеваниями. Например, у детей, отстающих в развитии, могут обнаруживаться наследственные нарушения обмена веществ, у больных рахитом — наследственная патология почек, у детей, часто болеющих воспалением легких,— муковисцидоз. Прогноз состояния здоровья таких детей часто зависит от ранней диагностики истинной причины заболеваний и своевременного лечения.

До сих пор бытует мнение о том, что наследственные болезни являются неизлечимыми. Однако это не так. Многие наследственные дефекты костной и мышечной систем, болезни сердца, легких, почек можно ликвидировать хирургическим методом, а наследственные болезни обмена веществ — специально разработанными диетами и пищевыми продуктами, из которых удаляются вещества, непереносимые больными. Успех в лечении легких наследственных заболеваний обмена веществ в значительной степени зависит от сроков их диагностики. Чем раньше обнаруживаются эти расстройства и чем раньше начато лечение (в первые дни и недели жизни), тем лучше его результаты. В настоящее время в практику здравоохранения широко внедряются специальные методы обследования новорожденных детей для выявления у них наследственной патологии. С каждым годом улучшается ее диагностика и лечение, но родители должны знать и помнить, что состояние здоровья их ребенка определяется не только факторами наследственности. Большое значение имеют условия, в которые попадают дети сразу после выписки из родильного дома, их питание, воспитание, образ жизни родителей. Далеко не все врожденные заболевания — наследственной природы. Во многих случаях наследственный аппарат клетки не поврежден, а обнаруживаемые дефекты связаны с нарушениями внутриутробного развития. При этом повреждающими факторами могут быть различные болезненные состояния и хронические заболевания (тиреотоксикоз, сахарный диабет и т. д.) беременных, алкоголизм родителей и т. п. Следовательно, охрана собственного здоровья — это профилактика заболеваний ребенка.

В нашей стране здоровье беременной женщины и ее ребенка охраняется государством. Ученые постоянно ищут и совершенствуют методы диагностики и лечения различных заболеваний. В борьбе за здоровье молодого поколения необходимо принимать самое активное участие и родителям, так как именно от них во многом зависит здоровье их детей. А дети — это будущее нашей Земли.

ФИЗКУЛЬТУРА И ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА

Необходимость физкультуры и спорта для здоровья народа очевидна. В постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР (сентябрь 1981 г.) определена главная задача советской системы физического воспитания: «Всемерно способствовать укреплению здоровья советских людей, повышению их работоспособности и производительности труда, готовности к защите Родины, завоеваний социализма, формированию высоких нравственных качеств, бодрости духа, силы и выносливости, воспитанию здорового и жизнерадостного поколения».

Благотворное действие физкультуры в современных условиях объясняется наличием двух основных моментов.

Во-первых, занятия физкультурой обладают способностью снимать или существенно уменьшать напряжение нервно-психической сферы. Путем расслабления различных мышц можно оказать положительное влияние на течение ряда болезней, в возникновении которых существенную роль играют отрицательные психоэмоциональные факторы (гипертоническая болезнь, заболевания желудка, кишечника, спазм головного мозга и др.).

Во-вторых, физические упражнения позволяют устранить, предотвратить явления, обусловленные недостатком движений, т. е. явления гипокинезии. В самом деле, квартира современного человека электрифицирована, оснащена, как правило, центральным водяным отоплением, газовой плитой. Передвигается современный человек чаще с помощью транспорта, вечера проводит у экрана телевизора. Другими словами, человек, создав комфортные условия своего существования, стал работать физически значительно меньше, чем в прошлом. А ведь еще древнегреческий философ Аристотель правильно подметил: «Ничто так не разрушает организм, как физическое бездействие». Не-

достаток движений, снижая напряжение (тонус) мышц, обусловливает уменьшение количества и силы сигналов, поступающих в центральную нервную систему с нервных окончаний (рецепторов), которые сосредоточены в мышцах. В свою очередь, недостаточное раздражение центральной нервной системы снижает деятельность мозга, что приводит к разрегулировке деятельности внутренних органов, так как именно мозг управляет работой внутренних органов.

В результате гипокинезии у человека появляются отрицательные нервно-вегетативные синдромы: после ночного сна он не чувствует свежести, вял, раздражителен. Не приносит ему облегчения и умывание, отсутствует аппетит. Нет желания пройти пешком.

Регулярная мышечная деятельность не только повышает настроение, но и создает условия для снятия утомления мозга. Не случайно у физкультурников и у физиологов существует выражение «мышечная радость». Следовательно, став физкультурником, вы не только повысите силу, выносливость мускулов, но укрепите и мозг. Тренировка мышц сердца и легких позволит вам выносить легко большие нагрузки. У тех, кто регулярно выполняет физические упражнения, обменные процессы в сердце протекают нормально и значительно реже отмечаются такие заболевания, как стенокардия, инфаркт миокарда. Если же заболевание возникает, то выздоровление наступает быстрее.

Проведение занятий физкультурой у детей должно осуществляться в соответствии с особенностями детского организма.

Тонкая, легкоранимая и чаще инфицируемая кожа новорожденных и детей грудного возраста предполагает повышенные требования к соблюдению правил гигиены родителями или медицинским персоналом при проведении малышам массажа, гимнастики (чистые руки массажиста, коротко остриженные ногти, отсутствие на руках массажиста колец, браслетов, часов).

Опорно-двигательный аппарат младенца мягок, податлив, слаб. Это требует осторожного с ним обращения. Нельзя ребенка преждевременно сажать (в подушках, в детском креслице), ставить на ноги. Иначе может возникнуть искривление позвоночника или искривление костей голени.

В возрасте 1 года нагрузка на недостаточно окрепший

мышечно-связочный аппарат стопы может легко привести к уплощению ее свода (так называемое плоскостопие).

Незаконченность процессов окостенения, большая пластичность, податливость скелета дошкольников обязывают избегать тех положений его тела, которые ведут к сутулости, сужению грудной клетки. В частности, детям этого возраста не рекомендуется игра в крокет. В дошкольном возрасте оформляется естественная кривизна позвоночника. Поэтому в указанном периоде необходимы правильно организованные физические упражнения, формирующие осанку. Напротив, увлечение упражнениями на перекладинах, кольцах, канатах может вызвать у детей искривление позвоночника.

Весьма интенсивно у младенцев работает сердечно-сосудистая система. Поэтому физическая нагрузка им должна строго дозироваться.

Ребенок первых дней, месяцев и даже лет дышит учащенно. Это связано с малым объемом воздуха в воздухопроводных путях у них, а также с высокой потребностью их организма в окислительных процессах. Весьма важно, чтобы ребенок дышал через нос, так как при носовом дыхании воздуха поступает в организм на 25% больше. Вдох должен быть глубоким. Это не только усиливает поступление кислорода, но и является своего рода сердечным массажем, так как легкие при глубоком вдохе значительно опускаются, скользя по перикарду.

Наконец, весьма желательно при организации занятий физкультурой учитывать у малышей особенности центральной нервной системы. Важно знать, что в каждом периоде детства имеются свои особенности нервной системы. Например, недостаточное развитие нервной системы у новорожденных, наличие весьма коротких периодов бодрствования, а во время самого бодрствования — отрицательное эмоциональное состояние заставляют отложить осуществление массажа на более поздние сроки, а именно при достижении детьми возраста 5—6 недель. В указанном возрасте подбирают наиболее щадящий вид массажа — так называемый поглаживающий массаж. Щадящий массаж проводят с учетом наличия у детей до трех месяцев повышенного напряжения (тонуса) мышц — сгибателей рук и ног. Лишь после трех месяцев начинают применять наиболее действенные виды массажа — растирание, разминание.

Равновесие между сгибателями и разгибателями рук устанавливается у детей к 3—4 месяцам, а для соответст-

вующих мышц ног — к 4—5 месяцам. Поэтому по достижении указанного возраста детьми можно проводить для соответствующих конечностей уже пассивные упражнения (сгибание—разгибание). Несложные активные упражнения проводятся с детьми, достигшими 5—6-месячного возраста. Более широко активные упражнения рекомендуется включать детям в возрасте 6—9 месяцев.

К 9—12 месяцам ребенок может выполнять отдельные физические упражнения по команде взрослого.

В дошкольном возрасте легко могут создаваться условия для срыва деятельности центральной нервной системы. Это связано с повышенной возбудимостью коры головного мозга, быстрой утомляемостью. Профилактика неврозов включает соблюдение правильного режима дня, разумное чередование различной деятельности в течение дня, осуществление полноценного дневного и ночного сна, достаточную двигательную активность детей.

Осуществление движений и физических упражнений в дошкольном возрасте должно проводиться с учетом типа центральной нервной системы. Что это значит? По типам высшей нервной деятельности различают три основные группы детей: 1. Уравновешенные дети с сильными нервными процессами; 2. Дети возбудимые; 3. Дети со слабым типом нервной системы.

К первой группе относятся дети с хорошей, устойчивой работоспособностью, с ровным хорошим настроением, достаточно легко вступающие в контакт, инициативные, дисциплинированные, умеренно подвижные. Они одинаково охотно участвуют в подвижных и спокойных играх, засыпают быстро и легко переходят от сна к бодрствованию. Легко переключаются с одного вида деятельности на другой. Быстро овладевают сложными движениями и охотнее выполняют упражнения в спокойном, умеренном темпе. Эти дети демонстрируют высокую способность к длительной работе умеренной интенсивности.

Вторая группа — это так называемые возбудимые дети. Их характеризует высокий уровень физической работоспособности при весьма неустойчивой умственной работоспособности. Дети часто отвлекаются во время занятий, неусидчивы, недостаточно дисциплинированы, очень подвижны. По требованию окружающих с трудом утихомириваются. Охотнее принимают участие в подвижных играх, стремясь занять командную роль. Склонны к «взрывчатости». Настроение у них часто меняется, радость и гнев, обида и

восхищение проявляются очень бурно. Засыпают эти дети с трудом, но спят хорошо. Легко переходят от сна к бодрствованию. Сложными движениями овладевают быстро. Успешно и охотно выполняют упражнения в быстром темпе, но хуже, чем дети первой группы, справляются с заданиями, требующими выносливости.

Наконец, у детей со слабым типом нервной деятельности работоспособность снижена, они быстро утомляются, на занятиях сосредоточены недостаточно, часто отвлекаются. С трудом успокаиваются в ответ на требования окружающих. Отличаются неустойчивостью настроения, плаксивостью, нерешительностью. В большинстве случаев недостаточно контактны, малоинициативны. Двигательная активность несколько снижена по сравнению с детьми первых двух групп. Дети предпочитают спокойные игры. Засыпают долго, с трудом переходят от сна к бодрствованию, от одного вида деятельности к другому. Сравнительно медленно овладевают сложными движениями.

Перечисленные варианты типов центральной нервной системы имеют место и среди школьников. Дети со слабыми нервными процессами нуждаются в большем количестве повторений наиболее трудных для них упражнений. Для них особенно важна моральная поддержка взрослых. Вялым, малоподвижным детям нужно чаще давать поручения, требующие активного действия, а «возбудимых» малышей желательно вовлекать в игры спокойные, с активным торможением движений.

Нужны ли движения будущему ребенку? На определенной стадии развития у плода появляются собственные движения, которые показано развивать. Это можно сделать, если женщина будет несколько ограничивать поступление питательных веществ в свой организм, т. е. не будет питаться «за двоих» — за себя и будущего ребенка, как еще нередко рекомендуют несведущие люди. Режим, стимулирующий движения плода, создается и при периодически возникающем у женщины легком дефиците кислорода. Для создания такого дефицита женщине нужно время от времени выполнять физические упражнения, вызывающие отток крови от плода к активно работающим мышцам будущей матери. В этом отношении могут оказаться полезными прогулки беременной женщины, подъем по лестнице на 2—4-й этаж, общеукрепляющая гимнастика. В целом же нуждаемость будущего ребенка в поступлении кислорода довольно высокая. Лучшее упражнение для усиления поступле-

ния кислорода из материнской крови к плоду — учащение дыхания беременной женщиной, что следует делать ежедневно не менее 5 раз в течение 1—2 минут. Особенно важно это осуществлять при поздних токсикозах беременности, когда кислородное снабжение будущего ребенка может затрудняться.

Как совершенствовать активность движений у детей? Не следует практиковать тугое пеленание ребенка. При нахождении ребенка в кроватке его нужно периодически поворачивать с одного бока на другой. Смена положений полезна и при ношении ребенка на руках. Физическую активность стимулирует и создание в разумных пределах разницы температур его тела и окружающей среды. Мать, распеленав ребенка, чувствует под рукой напряжение (тонус) его мышц. Как только напряжение спадет, процедуру следует прекратить. Именно тонус мышц является показателем длительности воздушных ванн. Обычно время воздушной ванны колеблется от 5—10 секунд до 1 минуты.

Разница температур между телом и окружающей средой обеспечивает не только стимуляцию движений. Это и прекрасные закаливающие процедуры, обеспечивающие повышение устойчивости ребенка к простудным заболеваниям.

К закаливающим процедурам относятся и влажные обтирания, купания, обливания, ножные ванны.

Купать детей до 6 месяцев следует ежедневно, начиная с момента полного заживления пупочной ранки. Детей старше 7 месяцев можно купать через день, старше 2 лет — не менее 2 раз в неделю.

Во время купания следует поддерживать и развивать у ребенка способность держаться на плаву. В настоящее время во многих поликлиниках имеются бассейны, где дети первых месяцев жизни занимаются плаванием. Многие родители проводят занятия по плаванию с грудными детьми в своих домашних ваннах по рекомендации врачей детских поликлиник. Среди грудных детей, занимающихся плаванием, количество заболеваний, по наблюдениям специалистов, снизилось в 4,5 раза.

Температура воды при первом купании не должна превышать 32—34 градусов. При указанной температуре двигательная активность повышается. Температура в помещении во время купания поддерживается в пределах 19—20 градусов.

К закаливающим водным процедурам относятся и

влажные обтирания. Наиболее щадящей закаливающей процедурой являются сухие обтирания, которые можно начинать детям в возрасте 1,5—2 месяцев. Куском чистой фланели растирают конечности и тело до появления легкой красноты. Такие обтирания проводят детям ежедневно в течение 1—2 недель, после чего переходят к влажным обтираниям.

Влажные обтирания проводят смоченной в воде и выжатой рукавичкой или концом махрового, вафельного полотенца. Для усиления действия этих процедур можно прибавить к воде соль или водку (по 1—2 чайные ложки на стакан воды). Обтирания проводят в такой последовательности: сначала обтирают верхние конечности (от пальцев к плечу), затем нижние (от стопы к бедру), потом грудь, живот, спину. Каждую часть тела после обтирания сразу вытирают досуха до легкого покраснения. Продолжительность процедуры 1—2 минуты. Обтирания лучше проводить после сна. Закончив обтирание, ребенка укладывают в кровать на 10—15 минут, укрыв одеялом.

В летнее время детям, достигшим 9—10-месячного возраста, можно проводить обливания даже без предварительной подготовки к водным закаливающим процедурам. Обливания в теплые дни полезно осуществлять на воздухе, в холодные, сырые, ветреные дни это делают в помещении. Сосуд, используемый для обливания ребенка, держат во время процедуры ближе к телу — на расстоянии не более 20—30 сантиметров. Маленьких детей сажают, а умеющих стоять ставят в таз или корыто. Сильная струя воды не должна попадать на голову ребенка. Сначала обливают спину, затем грудь и живот. Наконец, по очереди обливают левое и правое плечо и руки. Длительность общих обливаний составляет от 30—40 секунд до 1—1,5 минуты. После этого ребенка досуха растирают полотенцем.

Начальная температура воды при обливаниях — 34 градуса, летом (для детей 4—5 лет) — 32 градуса. От процедуры к процедуре температуру воды следует постепенно снижать (обычно в летний период это делается через каждые 3—4 процедуры), доводя температуру в осенне-зимний период до 28 градусов, а летом до 21—25 градусов. Для детей 6—7-летнего возраста температуру воды при обливаниях в летний период можно постепенно снизить до 20 градусов, зимой же температура воды не должна быть ниже 24 градусов.

В любое время года снижать температуру воды можно

лишь при отсутствии у ребенка в ответ на процедуру реакции охлаждения (бледность кожи, озноб).

После перерыва (по каким-либо причинам) в закаливании ребенка эти процедуры надо начинать вновь с исходных цифр температуры воды. Если перерыв не превышал 1—2 месяцев, то очень быстро можно довести температуру воды и продолжительность процедуры до той, которая была непосредственно до перерыва. Если же перерыв был более продолжительным, то закаливание проводится так, будто его начинают впервые.

В условиях жаркого климата с целью закаливания детей дошкольного и школьного возраста рекомендуют проводить ножные ванны при температуре воды 40 градусов, заменяя через 1—2 минуты воду температурой уже 32 градуса (контрастные ванны).

Закаливание сочетается с выполнением физических упражнений, движений. Необходимо развивать характерные для данного возраста активные движения. Это значит, следует учить ребенка тянуться за предметами и брать их; не сидеть, а садиться; не стоять, а вставать самому, держась за опору. В первые недели жизни двигательная активность повышается при раздражении подошвы ног, пяток, пальцев, ладоней.

Сначала рекомендуется развивать у ребенка способность брать и удерживать предмет и лишь потом — переворачиваться на живот. Так ребенок скорее научится ползать.

Развивать активные движения руки весьма важно не только для приобретения двигательных навыков, но и для развития... речи! В самом деле, в коре головного мозга центр движений для формирования звуков речи и центры движений рук расположены весьма близко друг от друга. Поэтому возбуждение, возникающее в двигательной зоне коры, может передаваться на центры речевой зоны и способствовать звукообразованию. Следовательно, развитию речи детей могут помочь упражнения по совершенствованию движений рук, которые проводятся ежедневно в течение 2—3 минут и заключаются в осуществлении взятия и удержания предмета руками, в поглаживании кистей рук ребенка в направлении от кончиков пальцев к запястью, в сгибании и разгибании отдельно каждого пальчика. Умение брать и удерживать предмет воспитывается следующим образом. Ребенку 3,5—4 месяцев подносят погремушку с удобной для захватывания рукояткой на расстояние 20—30 сантиметров. Стараются, чтобы ребенок сосредоточил

взгляд на игрушке и потянулся к ней. Если это сразу не удается, приходится использовать более простой прием: погладить ладошку малыша игрушкой и вложить ее в руку. Ребенка, овладевшего умением брать игрушку из положения над грудью, побуждают взять игрушку, находящуюся сбоку, над лицом. Дают в каждую руку по погремушке, и малыш до 2—3 минут размахивает, гремит ими. Чтобы малыш тренировался в самостоятельном хватании, ему до 4,5—5 месяцев подвешивают на цветных лентах игрушки, удобные для захватывания. Расстояние от игрушек до груди должно быть 10—15 сантиметров. Следует заблаговременно формировать движения, подготавливающие ползание. Элементы ползания появляются у ребенка в положении лежа на животе. Кладут ребенка на живот уже с 4—5-недельного возраста.

Ползание, являясь самым ранним способом активного передвижения малыша, представляет собой весьма полезное упражнение, укрепляющее мускулатуру брюшного пресса, грудной клетки. Побудить ребенка шестимесячного возраста к ползанию можно, положив его на живот и поставив перед ним игрушку. Для ребенка, не умеющего ползать, игрушку помещают совсем близко, чтобы он мог до нее легко дотянуться. Сама игрушка должна быть устойчива и удобна для захватывания. Когда ребенок овладеет этими движениями, игрушку располагают на значительном расстоянии. Подбирают для этой цели малоустойчивые игрушки, чтобы они сами отодвигались, как только малыш коснется их рукой (мяч, тележка). При попытке подползти к игрушке малыш иногда двигается в противоположную сторону. Тогда надо подставить ладонь к его подошвам, обеспечив упор. Но уже в 7—8 месяцев ребенок доползает до игрушки, преодолевая расстояние в 1—2 метра. Происходит это иногда не сразу, а с кратковременным отдыхом на определенном этапе пути. Ползет ребенок любым способом (наиболее полезно ползание на четвереньках), меняя направление. Очень важно, чтобы ребенок сначала научился ползать, а затем уже сидеть. Раннее сидение в подушках, в детском креслице, как уже говорилось, не рекомендуется, так как это ведет к снижению двигательной активности, нередко к искривлению позвоночника и сжатию грудной клетки. Но если ребенок 7,5—8 месяцев может самостоятельно принять позу сидения или изменить ее — это хорошо!

В 7—8 месяцев ребенка можно побуждать поднимать-

ся, держась за перекладину манежа, а в 8—9 месяцев ребенка с помощью ярких игрушек, которые кладут на барьер манежа, побуждают переступать ножками. Наиболее оправдывает себя метод обучения ходьбе, когда ребенка ведут на себя, придерживая его за две руки, потом — за одну. При этом важно, чтобы ребенок радовался движению. Следует помнить, что когда малыш ходит, двигая впереди себя каталку, стул, или когда его водят, поддерживая сзади продетыми под мышки «вожжами», у него ухудшается осанка. Кроме того, ребенок привыкает ходить наклонившись и в дальнейшем при самостоятельной ходьбе это отрицательно сказывается на равновесии.

Покрой одежды не должен стеснять двигательную активность ребенка. Девочкам до полутора лет целесообразно надевать штанишки. Платье затрудняет ходьбу и ползание. Наклоняясь за игрушкой, ребенок наступает на подол, при ходьбе зацепляется за различные предметы. Не надо туго завязывать бант или шарф вокруг шеи. Это затрудняет дыхание и утомляет малыша.

Чрезмерная двигательная активность, как и недостаток движений, может отрицательно сказаться на ребенке. Поэтому родители должны регулировать активность своих детей. Делать это нужно без назойливости, как бы принимая участие в играх ребенка. Например, малышу, только что проснувшемуся после дневного сна, можно сказать: «Твоя куколка тоже проснулась, хочет, чтобы ты покатал ее на машине». Напротив, стараясь снизить активность шумно, бесцельно бегающего ребенка, вы говорите: «Иди сюда, посмотри, какая картинка в журнале». В конце второго — на третьем году жизни ребенка такие задачи, рассчитанные на регуляцию его двигательной активности, могут усложняться, однако они должны быть ограничены рамками данной конкретной игры. Так, видя, что малыш слишком долго катается на велосипеде или возит машинку, вы советуете ему проверить, не сломалась ли машина, не нужна ли починка, или предлагаете отвезти машину на бензоколонку и заправить ее горючим. Увидев, что ребенок долго сидит возле спящей куклы, вы напоминаете, что куколке пора встать и заняться утренней гимнастикой, после чего немножко побегать. Словом, вы как бы входите в мир представлений и образов, окружающих ребенка, попутно развивая у малыша способность к саморегуляции движений и поведения.

Как уже было сказано, для детей первых месяцев жизни весьма полезны массаж и гимнастика.

Массаж врачи называют пассивной гимнастикой. Массаж проводится в виде последовательных поглаживаний, растираний, разминаний, поколачиваний отдельных частей тела. При этом от кожи по нервным путям направляются потоки возбуждающих воздействий-импульсов. Последние достигают коры головного мозга и оказывают бодрящее (тонизирующее) действие на центральную нервную систему. В связи с этим деятельность нервной системы активизируется, что улучшает контроль над работой всех систем и органов. Массаж способствует регуляции периферического крово- и лимфообращения, повышает питание мышц, улучшает их эластичность и сократительную способность, освобождает кожу от излишнего скопления слущивающихся чешуек, улучшает деятельность сальных и потовых желез, способствует образованию в коже различных защитных веществ и очень важного для нормального развития витамина Д (лекарства от рахита), повышает местный и общий обмен веществ в организме, оказывает положительное действие на развитие речевых реакций, на настроение ребенка.

Гимнастика и массаж назначаются детям врачом-педиатром строго индивидуально. При этом учитываются состояние здоровья ребенка, уровень его развития, способность удерживать положение тела (сидеть, стоять).

Гимнастика и массаж особенно полезны детям с отставанием двигательных и статических навыков, нарушением нормальной формы скелета (круглая спина, сдавленная грудная клетка, искривление голени, косолапость, плоскостопие), резко выраженной слабостью мышц и связочного аппарата, нарушениями деятельности кишечника (избыток газов, запоры), а также ослабленным детям, перенесшим заболевания. Массаж живота полезен при дряблости, расхождении прямых мышц живота, пупочной грыже. С успехом применяют массаж при лечении рахита, гипотрофии, экссудативного диатеза.

Массаж и гимнастика противопоказаны при острых заболеваниях, повышенной температуре тела, некоторых формах врожденных пороков сердца (тетрада Фалло, дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородки), болезнях крови, активном туберкулезном процессе, тяжело протекающем рахите, при болезнях почек, печени, а также

при заболеваниях кожи (в последнем случае противопоказан главным образом массаж, а не гимнастика).

Родители могут сами осуществлять простейшие приемы массажа при периодическом контроле врача-педиатра и патронажной сестры, если нет противопоказаний.

Массаж начинают проводить с 3—4-й недели, а гимнастику — с 6—8-й недели жизни ребенка. Занятия начинают через 40 минут после еды или за 30 минут до приема ребенком пищи. Воздух в комнате должен быть свежим, температура не ниже 20 градусов. Летом массаж и гимнастику можно проводить вне помещений, в тени без ветра при температуре 22 градуса. Желательно, чтобы во время занятий в комнате не было посторонних. Во время процедуры не рекомендуется включать радиоприемник, телевизор, чтобы не отвлекать ребенка. Нежелателен и яркий свет. Ногти на руках массирующего должны быть коротко острижены. С рук надо снять кольца, браслеты, часы. Руки нужно предварительно вымыть теплой водой с мылом и насухо вытереть. Холодные руки перед проведением массажа следует согреть.

Занятия лучше проводить на столе, покрытом байковым одеялом, небольшой клеенкой и пеленкой. Ребенок должен быть обнажен.

Массировать грудных детей надо нежно, плавно. Продолжительность занятия составляет вначале 5—7 минут, затем постепенно достигает 20 минут, при условии хорошего настроения и отсутствия проявлений утомления ребенка (плач, крик, вялость).

Во время массирования мышцы ребенка должны быть расслаблены. Поэтому малыша следует отвлекать разговорами, забавлять. Общение взрослого с ребенком при этом способствует и развитию у малыша зрительных и слуховых реакций. Массировать ребенка нужно ежедневно, вначале без сочетания с гимнастикой, а в дальнейшем (с 5 месяцев) чередуя с ней. По мере роста ребенка время, отводимое на массаж, сокращается и постепенно увеличивается количество гимнастических упражнений.

Весьма полезны массаж и гимнастика детям, родившимся преждевременно. У таких детей приспособительные механизмы менее совершенны, чем у доношенных, в том числе процессы, обеспечиваемые работой центральной нервной системы, дыхательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, почек, кожи, поэтому при проведении занятий следует соблюдать еще большую осторожность, чем с детьми

родившимися в срок. Занятия с такими детьми следует проводить после достижения массы их тела 2500—3000 граммов и только с разрешения участкового врача-педиатра.

Начинать занятия нужно с дыхательных упражнений. Придав ребенку вертикальное положение, прислоните его к груди, а свободной рукой ритмично надавливайте на его спину, перемещая ладонь от шеи к пояснице.

Затем положите ребенка на спину. Мягко, ритмично надавливайте ладонью на передние и боковые поверхности грудной клетки, но не на грудину.

Положите ребенка на левый бок, поднимите вверх его правую руку, затем опустите и ритмично, мягко надавливайте ею на боковую поверхность его грудной клетки. То же проделайте в положении на другом боку.

Каждое дыхательное упражнение повторяйте 3—4 раза, но в более медленном темпе, чем дышит ребенок.

Следует также выполнять упражнения, основанные на использовании безусловных рефлексов. Суть таких упражнений заключается в том, чтобы вызвать у ребенка движения в ответ на раздражение пальцев стоп и кистей рук.

Положите ребенка на спину и выполните следующие упражнения:

— большими пальцами обеих рук, вложенными в ладони ребенка, мягко надавите на его ладонные поверхности, ближе к основанию большого пальца. В ответ на это у ребенка открывается рот, напрягаются мышцы шеи, иногда он наклоняет голову к груди. Повторите 3—4 раза;

— большими пальцами обеих рук (или игрушками, удобными для захвата) очень легко надавите на ладони ребенка — его пальцы сожмутся в кулак и схватят ваши пальцы или игрушку. Повторите 3—6 раз;

— указательным и средним пальцем захватите щиколотку (область голеностопного сустава), а большим пальцем нажмите на его подошву у основания пальцев. В ответ на это пальцы подожмутся. Затем штриховым движением направьте свой большой палец по внутреннему краю стопы к пятке и по наружному краю к мизинцу — пальцы разомкнутся. То же самое проделайте со второй стопой. Повторите по 3—5 раз;

— поддерживая под мышки и повернув лицом к себе, попытайтесь поставить ребенка на стол. Полусогнутые ноги при этом должны разогнуться. Повторите 4—6 раз;

— так же поддерживая ребенка, наклоните его к себе — он начнет переступать. Повторите 2—4 раза;

— положите ребенка на живот так, чтобы он опирался на руки. Приставьте ладонь к стопам ребенка и слегка нажмите на них — малыш будет отталкиваться и пробовать ползти. Повторите 3—6 раз. Упражнения, поддерживающие и закрепляющие безусловные рефлексы, выполняйте два раза в день.

Упражнения, способствующие формированию навыков движения у недоношенного ребенка.

С 1—2 месяцев недоношенного ребенка кладут на живот сначала 1—2 раза в день на 1—3 минуты, а спустя 10—12 дней — перед каждым кормлением на 10—20 минут. Поначалу это заставит ребенка поворачивать голову в сторону, а потом он научится поднимать и хорошо удерживать ее, опираясь на предплечья, а затем и на кисти выпрямленных рук. Чтобы облегчить выполнение упражнения, можно подложить под грудь ребенка сложенную в несколько раз байковую пеленку.

С 3—4 месяцев пора побуждать его поворачиваться на бок, сначала на один, потом на другой (по 3—4 раза). Для этого положите малыша на спину и, придерживая своей левой рукой его правую руку, а правой — его правую ногу, начните слегка поворачивать его на левый бок. Можно положить рядом игрушку, чтобы, заинтересовавшись, ребенок сам стремился повернуться к ней.

С 4—6 месяцев начните приучать недоношенного ребенка сознательно тянуться к игрушке и брать ее в руки. По нескольку раз в день вкладывайте в руку малыша удобную для захвата игрушку и сжимайте ее пальцами. Когда он научится крепко держать игрушку в кулачке, можно, потянув ее, понуждать его присаживаться (3—6 раз) — это укрепляет мышцы живота и спины. Упражнение можно выполнять и без игрушки. Не сажайте малыша, особенно в подушки, пока он сам не научится садиться и прямо держать спину.

С 5—6 месяцев побуждайте недоношенного ребенка активно ползать (это очень важно) сначала на животе, а затем на четвереньках, положив перед ним игрушку или поощряя к этому словом. Если ему трудно выполнять упражнения, положите под его грудь свою руку и слегка подтягивайте его вперед. Повторите 4—6 раз.

Помимо физических упражнений недоношенному ребенку необходим и массаж. Поскольку кожа у недоношенных детей в первые месяцы жизни тонкая, сухая, легкоранимая, вначале приходится ограничиваться наиболее щадящим

приемом массажа — поглаживанием, выполняя каждое движение 4—6 раз.

Положите ребенка на спину. Большой палец своей левой руки вложите в правую руку ребенка и слегка придерживайте ее остальными пальцами. Правой рукой поглаживайте внутреннюю поверхность предплечья и наружную поверхность плеча в направлении от кисти к плечу. Так же поглаживайте другую руку ребенка.

После этого переходите к поглаживанию ног. Левой рукой придерживайте левую ногу ребенка за пятку, а правой поглаживайте наружную и заднюю поверхность ноги от стопы к бедру. Также поглаживайте другую ногу.

Поглаживание стоп выполняйте так: придерживая пальцами обеих рук стопу ребенка, большими пальцами поглаживайте ее тыльную поверхность в направлении от пальцев к лодыжке, сгибая ее круговыми движениями.

Поглаживайте пальцами грудную клетку по межреберным промежуткам от грудины к боковым поверхностям, не нажимая на грудину.

Живот ребенка поглаживайте ладонью по часовой стрелке.

Положите ребенка на живот. Поглаживайте его спину от ягодиц к шее тыльной стороной кистей, а от шеи к ягодицам — ладонями.

Гимнастика и массаж недоношенных детей, как и доношенных, должны сочетаться с закаливанием, которое проводят осторожно.

Закалять ребенка надо постепенно. На первых занятиях обнажайте его тело лишь частично. Например, выполняя упражнение для рук или массируя их, открывайте верхнюю часть тела ребенка, а нижнюю прикрывайте пеленкой. Во время упражнений для ног оставляйте на ребенке распашонку. Потом, когда он привыкнет к таким воздушным ваннам, можно, занимаясь гимнастикой, обнажать его полностью.

Одно из эффективных средств закаливания — прогулки. Их следует начинать с разрешения участкового врача-педиатра. Зимой с недоношенным ребенком можно гулять при температуре не ниже 10—12 градусов мороза. Вначале продолжительность прогулки не должна превышать 5—10 минут. Постепенно ее следует увеличить до полутора—двух часов. В холодное время года при хорошей погоде ребенок должен гулять 2—3 раза в день. Летом он может находиться на воздухе весь день. Одевайте ребенка так, чтобы

во время прогулки он не перегревался и не мерз. Проконтролируйте, правильно ли вы его одеваете, измерив при возвращении с прогулки его температуру — она должна быть нормальной.

Солнечные ванны недоношенным детям первого года жизни не рекомендуются. А воздушная ванна полезна! Принимать воздушную ванну надо в местах, защищенных от ветра и прямых солнечных лучей, например в тени деревьев.

Вашему ребенку исполнился год... Он начал ходить... Помимо задачи совершенствования движений, в этом возрасте прибавляются другие проблемы. Это необходимость развития у ребенка чувства равновесия, осуществление профилактики плоскостопия и воспитание правильной осанки при ходьбе.

Для развития равновесия, без которого трудно представить не только занятия гимнастикой, но и элементарную ходьбу, ребенку второго года жизни предлагают ходить по скамейкам различной ширины и высоты. При этом вы должны быть рядом с малышом, чтобы не допустить падения.

Мышечно-связочный аппарат у малышей второго года жизни недостаточно окрепший, и, чтобы удержать тело в вертикальном положении, такие дети широко расставляют ноги. Это ведет к уплощению свода стопы. Для профилактики плоскостопия полезно упражнять детей в приподнимании тела на носках, ходьбе по наклонной плоскости.

Часто дети при ходьбе горбятся. Чтобы улучшить осанку, им предлагают снять или поставить игрушки на высокую полочку. Выполняя поручение, дети поднимаются на цыпочки, прогибаются. Упражнения с прогибанием спины для выработки правильной осанки удобно проводить с палкой. Вот одно из таких упражнений: ребенку, лежащему на животе, предлагают держаться за палку обеими руками хватом сверху. Когда вы немного приподнимете палку, малыш прогибает спину. Палка медленно опускается и ребенок возвращается в исходное положение.

Дети старше 1,5 года должны заниматься физкультурой в трусах и майке. На ногах должны быть носки или тапочки. Но еще лучше, если имеется возможность заниматься босиком — на ковре, одеяле. Недопустимы занятия в туфлях и колготках.

Занятия физкультурой с малышом дарят ему много радости. Это особенно проявляется у детей дошкольного воз-

раста, когда наиболее оправдывающим себя видом физических упражнений являются движения во время игр. Хорошо известно, что малыши чрезвычайно наблюдательный народ. Даже те, кто еще не умеет говорить, прекрасно разбираются в выражении лица и интонации голоса взрослых. Для малышей 2—3-летнего возраста так естественны подражательные движения. Весьма охотно они изобразят, как «машет крыльями бабочка», или «петушок», как «прыгает зайчик», как «летит птичка», как «бежит паровозик»... Малыши с удовольствием подражают мычанию коровы, лаю собаки, мяуканью кошки... Подражательные движения следует использовать родителям для проведения игр с ребенком. Взрослым надо помнить, что дети овладевают хождением лишь к полутора годам, но и в этом возрасте ходьба у них представляет еще не совершенный процесс. Пропорции их тела не обеспечивают равновесия, поэтому малыши ходят, широко расставляя ноги. Почти до трехлетнего возраста они не могут и бегать. Нервная система у таких детей также не совершенна, поэтому процесс возбуждения в коре больших полушарий быстро сменяется торможением. Отсюда ясно, что однообразные, лишенные понятной для малышей цели, да еще непосильные для его физического развития игры быстро вызывают у них чувство усталости и ухудшение настроения.

Следует исключить игры, вредные для здоровья ребенка. Чтобы осуществить подход при выборе игры, нужно учитывать возрастные особенности детей. Например, незаконченность процессов окостенения,большая пластичность, податливость скелета ребенка 3—7 лет обязывают избегать положений тела, которые ведут к сутулости или сужению грудной клетки.

Копируя более старших детей, дошкольники пытаются висеть на перекладинах, кольцах, канатах. Мы уже говорили выше, что такие упражнения детям дошкольного возраста разрешать нельзя. Иначе недостаточное развитие мускулатуры, мягкость, эластичность позвоночника могут привести к его искривлению, вызвать утомление у ребенка.

Игровые движения полезны при проведении утренней зарядки с детьми дошкольного возраста. После вводной ходьбы и дыхательных упражнений дается несколько энергичных движений, например, подражание тому, как «птицы машут крыльями», как «подпрыгивают зайчики». Более сложные упражнения можно выполнять детям в возрасте 5 лет.

Ниже приводятся комплексы массажа и гимнастики для детей первых месяцев жизни.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПРИМЕРНЫЙ КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1,5 ДО 3 МЕСЯЦЕВ

1. Массаж рук — поглаживание.

Положить ребенка на спину, ногами к ближнему краю стола. Поглаживать ладонью по направлению от кисти к плечу, по внутренней поверхности предплечья и плеча ребенка. Повторить 4—6 раз.

2. Массаж живота.

В положении ребенка лежа на спине ладонью производить круговое поглаживание по ходу часовой стрелки, минуя область печени. Повторить 6—8 раз.

3. Массаж ног.

В положении ребенка лежа на спине, слегка придерживая одной рукой его ногу за стопу, другой рукой производить поглаживание по наружной и задней стороне голени и бедра в направлении от стопы к паху (внутреннюю поверхность бедра не массируют). Повторить 4—6 раз.

4. Рефлекторное разгибание позвоночника (спинной рефлекс).

Положить ребенка на бок. Провести двумя пальцами по обеим сторонам позвоночника в направлении от ягодиц к плечевому поясу (что вызывает разгибание). Повторить по одному разу на правом и левом боку.

5. Массаж спины (выполняется с 2 месяцев).

Положить ребенка на живот. Поглаживать спину по направлению от ягодиц к шее тыльной поверхностью обеих рук, от шеи к ягодицам — ладонной поверхностью. Повторить 4—6 раз.

6. Разгибание позвоночника и ног (рефлекс положения).

В положении ребенка на животе поддерживать его руками, подложенными под грудь и выпрямленные ноги.

Приподнять ребенка над столом. При этом ребенок рефлекторно разгибается и поднимает голову. Повторить 1—2 раза.

7. Массаж спины.

Положить ребенка на спину. Поддерживая указательными пальцами обеих рук слегка приподнятую стопу ребенка, большими пальцами рук производить поглаживание мышц стопы по тыльной ее стороне в направлении от пальцев к голеностопному суставу и вокруг этого сустава. Повторить 4—6 раз.

Ладонями обеих рук растирать пальцы стопы ребенка. Повторите 4—6 раз.

8. Сгибание и разгибание пальцев стопы (подошвенный рефлекс).

В положении ребенка на спине одной рукой слегка приподнять его ногу, захватив ее выше голеностопного сустава. Указательным пальцем другой руки слегка надавить у основания пальцев на кожу и мышцы

подошвы (рефлекторное сгибание пальцев), затем провести пальцем по наружному краю стопы до пятки (рефлекторное разгибание пальцев ноги). Повторить 3—4 раза.

9. Потанцовывание (ножной рефлекс).

Поставить ребенка на стол, лицом к себе, поддерживая его под мышки. От прикосновения к поверхности стола ноги ребенка рефлекторно выпрямляются в коленных и тазобедренных суставах. Повторить 4—6 раз.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ПРИМЕРНЫЙ КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 4 МЕСЯЦЕВ

1. Поглаживание рук (см. выше). Повторить 6—8 раз.

2. Скрещивание рук на груди и отведение их в стороны.

Положить ребенка на спину и дать ему обхватить большие пальцы взрослого. Сгибая, скрестить руки ребенка на груди, затем, разгибая, отвести их в стороны. Повторить 4—6 раз.

3. Массаж живота.

Поглаживание — повторить 8—10 раз (методику см. выше).

Растирание косых мышц. Ладонями обеих рук производить легкие растирающие движения косых мышц живота таким образом, чтобы пальцы обеих рук соединялись над пупком.

4. Массаж ног.

Поглаживание — повторить 8—10 раз (методику см. выше).

Растирание — производить ладонью, мелкими движениями по наружной стороне голени и бедра в направлении от стопы к тазобедренному суставу. Повторить 6—8 раз.

Разминание — двумя пальцами обеих рук одновременно производятся движения по наружной и внутренней сторонам голени и дальше только по наружной стороне бедра в направлении от стопы к паху. Повторить 4—6 раз. При массаже правой ноги разминание выполнять левой рукой, при массаже левой ноги — правой рукой.

Кольцевое растирание голени — производить указательным и большим пальцами обеих рук, обхватывая вплотную голень ребенка и производя одновременно относительно энергичные кольцевые растирания в направлении от стопы к колену. Повторить 4—6 раз.

Заканчивается массаж ног приемом поглаживания.

5. Поворот со спины на живот (упражнение рефлекторное).

Положить ребенка на спину, правой рукой держать за ноги, а левой — за согнутую в локте левую руку ребенка. Путем поворота таза стимулировать поворот ребенка со спины на живот. Повторить 1—2 раза в каждую сторону, меняя исходное положение рук.

6. Массаж спины.

Поглаживание (методику см. выше) — от 4 до 6 раз.

Растирание ладонями — от 4 до 6 раз.

2—2594

Разминание — производить концами пальцев обеих рук в виде спиралеобразных движений от ягодицы к шее. Повторить 4—6 раз. Заканчивать приемом поглаживания.

7. Разгибание позвоночника и ног (рефлекс положения).

Положить ребенка на живот и поддерживать его руками снизу, под грудь и выпрямленные ноги. Приподнять ребенка над столом. При этом ребенок рефлекторно разгибает спину и поднимает голову. Повторить 1—2 раза.

8. Массаж стопы.

Поглаживание — повторить 4—6 раз.

Растирание пальцев — повторить 6—8 раз.

Похлопывание полусогнутыми пальцами руки по ступне ребенка — повторить 4—6 раз.

9. Отведение и приведение стоп.

Положить ребенка на спину. Пальцами правой руки с легким нажимом провести по внутреннему краю и вокруг всей стопы ребенка, начиная от большого пальца (приведение), к наружному краю и вокруг всей стопы, начиная с мизинца ребенка (отведение). Повторить 2—4 раза. Заканчивать приемом поглаживания.

10. Потанцовывание.

Поставить ребенка на стол, лицом к себе, поддерживая его под мышки. От прикосновения к плотной поверхности стола ноги ребенка рефлекторно выпрямляются в коленных и тазобедренных суставах. Повторить 6—8 раз.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

КОМПЛЕКС МАССАЖА И ГИМНАСТИКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 4 ДО 6 МЕСЯЦЕВ

1. **Массаж рук.** Повторить 6—8 раз.

2. **Скрещивание рук на груди и отведение их в стороны** (см. приложение 2). Повторить все приемы 6—8 раз.

3. **Сгибание позвоночника и ног.**

Положить ребенка на спину и поддерживать его снизу руками. Приподнять ребенка над столом (рефлекторное сгибание позвоночника и наклон головы вперед). Повторить 1—2 раза.

4. **Массаж живота.** Повторить 6—8 раз.

5. **Массаж ног.** Повторить 6—8 раз.

6. **«Топанье»** (пассивное упражнение).

Положить ребенка на спину, ноги согнуть, ступни на столе. Попеременно сгибать и разгибать ноги, скользя ступнями по столу.

7. **Поворот со спины на живот.**

Положить ребенка на спину. Придерживая его за ноги, стимулировать поворот на живот. Повторить 1—2 раза.

8. **Массаж спины.** Повторить все приемы 8—10 раз.

9. Разгибание позвоночника и ног.

Положить ребенка на живот, поддерживать его руками снизу. Приподнять ребенка над столом. Повторить 1—2 раза.

10. Массаж грудной клетки.

Положить ребенка на спину. Осуществлять веерообразное поглаживание ладонями обеих рук по ходу грудных мышц в направлении к подмышечным впадинам. Повторить 4—6 раз.

11. Попеременное сгибание и разгибание рук ребенка.

Ребенок лежит на спине. Дать ему захватить большие пальцы взрослого. Попеременно сгибать и разгибать руки ребенка в локтевых в плечевых суставах, т. е. при сгибании одной руки разгибается другая («бокс»). Повторить 6—8 раз.

12. Присаживание.

Ребенок лежит на спине. Руки его придерживаются за кисти и предплечья. Отвести выпрямленные руки ребенка в стороны и, слегка подтягивая их к себе, побудить ребенка сесть. Повторить 2—3 раза.

13. Поворот со спины на живот (см. приложение 2). Повторить 1—2 раза.

14. Сгибание и разгибание ног.

Ребенок лежит на спине, голени его придерживаются.

Поочередно сгибание и разгибание ног («велосипед»). Повторить, ускоряя, это пассивное упражнение 6—8 раз.

Одновременное сгибание и разгибание ног с легким нажимом на живот. Повторить 4—6 раз.

15. Поднимание ребенка на ноги с поддержкой.

Положить ребенка на живот. Придерживая и слегка отводя согнутые в локтях руки ребенка, побудить его встать на колени, затем на ноги. Повторить 1—2 раза.

16. Массаж стопы. Повторить 6—8 раз.

Примечание: каждый вид массажа отдельных частей тела начинается и заканчивается приемом поглаживания.

17. Переступание.

Поставить ребенка на ноги лицом к себе, поддерживая его под мышки. Побудить ребенка к переступанию. Проделать 3—6 шагов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

КОМПЛЕКС МАССАЖА И ГИМНАСТИКИ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ДО 9 МЕСЯЦЕВ

1. Круговые движения руками (упражнение пассивное).

Положить ребенка на спину и дать ему обхватить большие пальцы взрослого. Выпрямленными руками ребенка выполнять круговые движения в плечевых суставах в обоих направлениях. Повторить 4—6 раз в ту и другую сторону.

2. Массаж живота. Повторить все приемы 8—12 раз.

3. **Поднимание выпрямленных ног** (упражнение пассивное).

Обхватить голени ребенка так, чтобы большие пальцы рук были на задней поверхности голени, фиксируя остальными пальцами колени. Поднять выпрямленные ноги ребенка до вертикального положения и опустить их. Повторить 4—6 раз.

4. **Массаж стоп.** Повторить все приемы 4—6 раз.

5. **Поворот от спины на живот** (см. приложение 2). Повторить 1—2 раза.

6. **Отведение плеч назад.**

Положить ребенка на живот, дать ему обхватить указательные пальцы взрослого, руки выпрямлены, голова слегка приподнята над столом.

Сгибая руки ребенка в локтях и прижимая их к боковой поверхности грудной клетки, отвести плечи ребенка назад до наибольшего сближения лопаток. Повторить 1—2 раза.

7. **Массаж грудной клетки** (см. приложение 3). Повторить все приемы 6—8 раз.

8. **Попеременное сгибание и разгибание рук** (упражнение пассивно-активное).

Ребенку в положении лежа на спине или сидя обхватить кисти. Производить сгибание и разгибание рук в локтевых и плечевых суставах попеременно. Повторить 6—8 раз.

9. **Присаживание.**

Положить ребенка на спину, дать ему обхватить указательные пальцы взрослого. Слегка потягивая за согнутые руки в локтях, стимулировать ребенка сесть. Повторить 1—2 раза.

10. **Поворот со спины на живот.** Повторить 1—2 раза.

11. **Приподнимание ребенка на ноги** (упражнение активное).

Положить ребенка на живот, дать ему обхватить указательные пальцы взрослого. Разгибая руки, постепенно отвести их назад, побуждая ребенка сначала встать на колени, а затем на ноги. Повторить 1—2 раза.

12. **Присаживание.**

Положить ребенка на спину, фиксируя одной рукой колени ребенка, другой придерживая его за одну отведенную в сторону руку. Побудить его сесть словами «сядь», «сядь». Повторить 1—2 раза.

13. **Ползание** (упражнение пассивно-активное).

Ребенок лежит на животе, перед ним положить яркую игрушку, ноги согнуты («поза лягушки»). Придерживая правой рукой стопы ребенка, побудить его к ползанию. Если он не передвигается, то нужно, подложив левую руку под грудь, продвигать его вперед. Повторить 4—6 раз.

14. **Переступание** (упражнение активное).

Поставить ребенка перед собой и держать его за кисти согнутых в локтях рук. Побудить ребенка к переступанию, произнося слова «иди», «иди». При этом ребенок делает 5—6 шагов. Повторить 1—2 раза.

Общая продолжительность занятия — 8—10 минут.

УХОД ЗА НЕДОНОШЕННЫМ РЕБЕНКОМ ДОМА

С момента рождения недоношенный ребенок нуждается в исключительной чистоте, хорошем уходе, правильном и достаточном кормлении грудным молоком, защите от холода, перегревания и охране от инфекций.

Новорожденного необходимо поместить в самую светлую, теплую комнату, из которой должны быть вынесены лишние вещи, особенно такие, в которых скапливается пыль. Темные шторы лучше заменить светлыми из легко стирающегося материала.

Недоношенные дети особенно чувствительны к недостаточному притоку кислорода, что обусловлено особенностями функции дыхания. Поэтому комната, в которой живет недоношенный ребенок, должна тщательно проветриваться (летом постоянно открытые окна, зимой открывать фрамуги или форточки не реже трех раз в день). Оптимальная температура в помещении 20—22 градуса. Уборку производить влажной тряпкой ежедневно (ни в коем случае не подметайте пол сухим веником или щеткой).

Детская кровать должна находиться в наиболее светлой части комнаты у внутренней стены. Не следует ставить кровать у окна, у печки, батарей во избежание перегрева или охлаждения организма ребенка.

Матрац желательно набивать конским волосом, морской травой или ватой. Подушки должны быть во всю ширину матраца, плоскими, из конских волос или перьев домашних птиц. Первое время ребенок может лежать без подушки.

Матрац должен быть обтянут чехлом и закрыт клеенкой, затем простыней, на подушку надевается наволочка, на одеяло — пододеяльник.

Необходимо приготовить также место для пеленания ребенка. Лучше иметь для этого невысокий столик (или тумбочку) шириной 80 сантиметров, который должен стоять рядом с детской кроваткой. Стол или тумбочку застилают в несколько раз сложенным байковым одеялом и покрывают детской клеенкой. Желательно выделить тумбочку или отдельные полки в шкафу для хранения чистого белья и предметов по уходу за ребенком. На верхней полке должны лежать по порядку подгузники, распашонки, пеленки, полотенце и другое чистое белье, на нижней — одея-

ло, конверт и другие предметы, в которых ребенка будут выносить на прогулку.

Если для такого столика или тумбочки в комнате нет места, то ребенка можно пеленать на кровати матери, предварительно застеленной чистой клеенкой, простыней.

Для хранения грязного белья можно приспособить ведро с крышкой, а для стирки — таз. Для купания ребенка необходимо приобрести эмалированную ванну.

Детское белье готовится из мягких, легко стирающихся тканей, швы которых не должны быть грубыми, так как кожа недоношенного ребенка очень нежная, легкоранимая.

Распашонки, пеленки и другое белье необходимо прокипятить и прогладить.

Для ребенка готовят достаточное количество одежды и необходимые предметы ухода за ним.

1.	Распашонок	8 шт.
2.	Кофточек из бумазеи или фланели	6 шт.
3.	Пеленок размером 100×80 сантиметров	12 шт.
4.	Пеленок байковых размером 90×70 сантиметров	10 шт.
5.	Пеленок малых треугольных (подгузников размером 50×50 сантиметров)	15 шт.
6.	Одеял байковых	2 шт.
7.	Одеял пикейных	2 шт.
8.	Одеял теплых	1 шт.
9.	Наволочек на подушку	4 шт.
10.	Простыней на кроватку	3 шт.
11.	Клеенок на весь матрац	1 шт.
12.	Клеенок подкладных размером 30×30 сантиметров	2 шт.

Предметы ухода

1.	Градусник для измерения температуры тела	1 шт.
2.	Градусник для измерения температуры воды	
3.	Миска для умывания лица	1 шт.
4.	Миска или тазик для подмывания	1 шт.
5.	Банки для ваты	1 шт.
6.	Баночки для марлевых салфеток	1 шт.
7.	Резиновый баллон № 2—3 для клизмы	1 шт.
8.	Бутылочка для вазелинового или подсолнечного масла	1 шт.
9.	Резиновая грелка	1 шт.

10. Баночка для присыпки — 1 шт.
11. Гребенка для туалета головы (небольшая) — 1 шт.
12. Ножницы для ногтей — 1 шт.
13. Стаканчик для хранения сока — 1 шт.
14. Ложка чайная — 1 шт.
15. Бутылочка градуированная для питьевой воды . . . 1 шт.

Прежде чем приступить к утреннему туалету новорожденного, мать должна надеть чистое платье, хорошо вымыть руки с мылом, вытереть их чистым полотенцем и взять ребенка на пеленальный столик.

Начинают ежедневный утренний туалет ребенка с умывания лица кипяченой водой с помощью ватки. Глаза ребенку можно протирать ваткой, смоченной раствором борной кислоты (одна чайная ложка на стакан воды комнатной температуры), для каждого глаза — отдельная ватка. Нос и уши очищают жгутиком, смоченным стерильным маслом. Рот очищать не следует, так как слизистая оболочка у маленьких детей очень нежна и малейшее повреждение может привести к воспалению. После туалета лица мать, развернув ребенка, осматривает и обрабатывает пупочную ранку 3% раствором перекиси водорода, затем прижигает ее 5% раствором марганцово-кислого калия. Все кожные складки протирают стерильным растительным маслом. Подмывание ребенка проводится после каждого акта дефекации и мочеиспускания под струей теплой воды. Подмывать надо спереди назад, по направлению к заднему проходу.

Одевать новорожденного нужно так, чтобы не стеснять его движений, в особенности дыхания. Это достигается свободным пеленанием.

Когда ребенок находится в комнате, не рекомендуется закрывать ему голову пеленкой или надевать чепчик.

В первые дни жизни ребенка пеленайте так: наденьте распашонку, затем подложите под поясницу подгузник (пеленку треугольной формы), нижний угол заложите между ногами, а два других угла соедините на животе. Первую пеленку сложите углом и, как платком, покройте голову ребенка, затем одним концом прикройте руку и подверните этот конец под противоположный бок ребенка, другим концом пеленки закройте вторую руку и подверните его под спину в противоположном направлении. Второй пеленкой

заверните ребенка до шеи, не стесняя движения ног. Затем заверните его в байковое одеяло с пододеяльником, положив поверх пеленки под ягодицы клеенку или лучше пеленку, сложенную в восемь раз.

В дальнейшем поверх распашонки на ребенка надевайте кофточку (лучше с зашитыми рукавами) с завязками спереди. Затем, подложив подгузник, заверните ребенка в тонкую пеленку таким образом, чтобы его руки были свободны, а поверх этой пеленки — в теплую. Между пеленками положите клеенку. Если нужно, прикрывайте ребенка теплым одеялом. Руки ребенка должны оставаться свободными поверх пеленки и одеяла.

Употреблять подсушенные, а не выстиранные пеленки нельзя, от них у ребенка могут появиться опрелости, сыпь, гнойнички. Стирайте белье ребенка всегда отдельно от белья взрослых. Замочив белье в теплой воде, прибавив в нее некоторое количество соды, простирайте его с мылом, а потом прокипятите. Затем это белье еще раз простирайте, прополощите в чистой, лучше проточной воде, отожмите, просушите и прогладьте с двух сторон горячим утюгом. Этот метод стирки способствует уничтожению микробов.

Менять белье надо часто, как правило, перед каждым кормлением. Хранить грязное белье ребенка следует в закрытом ведре или баке, по возможности в другом помещении. Сушить белье в комнате, где живет ребенок, нельзя.

При организации ухода за недоношенным ребенком и его физического воспитания следует учитывать функциональные особенности организма.

Так, нужно помнить об особенностях терморегуляции недоношенных детей. В течение 1—1,5 месяца жизни развертывание ребенка, переодевание, подмывание и другие манипуляции проводят при температуре внешней среды 22—26 градусов в зависимости от степени зрелости ребенка. Купать его следует после отпадения пуповины при температуре воды 38 градусов с последующим завертыванием в теплые пеленки. По мере улучшения функционального состояния центральной нервной системы ректальная температура ребенка соответствует 37—37,2 градуса и развертывание его при температуре помещения 20—22 градусов не оказывает влияния на уровень температуры тела. Температуру воды для купания можно снижать с 38 до 37—[illegible] градусов. С двух-трех месяцев можно обходиться без предварительного согревания белья.

Купают новорожденного ежедневно, используя для этой цели детскую ванну, установленную на специальной подставке таким образом, чтобы головной конец был приподнят. Такое положение облегчает купание и уменьшает возможность попадания воды в уши и рот.

До полного заживления пупочной ранки используют только кипяченую воду с добавлением небольшого количества раствора марганцово-кислого калия бледно-розового цвета. Один-два раза в неделю ребенка моют с мылом, причем пригодны только те его сорта, которые содержат минимальное количество свободной щелочи («Детское», «Яичное», «Ланолиновое»). Более частое применение мыла может вызвать раздражение кожи. Перед началом купания температуру помещения, в котором купают ребенка, доводят до 25 градусов. Рядом с ванной и местом пеленания включают обогревательную аппаратуру. Заранее готовят принадлежности для купания: вату, 2% раствор борной кислоты, 5% раствор марганцово-кислого калия. Ванну тщательно моют горячей водой, обрабатывают кипятком и заполняют кипяченой водой, уровень которой не должен превышать 15—20 сантиметров. Ребенка, завернутого в тонкую пеленку, осторожно и медленно опускают в ванну, придерживая левой рукой за голову и спину, а правой за ягодицы. Придерживая левой рукой спинку и голову ребенка, правой моют его, причем особенно тщательно места естественных складок кожи, в паховых, подмышечных, шейных областях, за ушами и в области ягодиц. Длительность ванны — 5 минут. В конце купания ребенка ополаскивают чистой кипяченой водой той же температуры и заворачивают в согретые пеленки. Вытирают, прикладывая чистые проглаженные пеленки. При необходимости обрабатывают пупочную ранку 5% раствором марганцово-кислого калия и пеленают в теплые пеленки. Спустя 30—40 минут ребенка следует перепеленать.

Все специальные тренирующие методы закаливания, даже такие, как воздушные ванны и контрастные обливания после купания (водой на 1 градус ниже температуры ванны), проводят во второй половине первого года, когда начинают вырабатываться более тонкие приспособительные терморегуляционные реакции, связанные с условно-рефлекторной деятельностью.

Прогулки в теплое время года начинают сразу после выписки из родильного или специализированного отделения, их длительность быстро доводят до 1,5—2 часов,

В летние дни ребенок может все промежутки между кормлениями проводить на свежем воздухе, кроме ветреных, дождливых и очень жарких дней (более 30 градусов). Спать лучше в помещении при открытых окнах или на веранде. Весной и осенью прогулки (сон на воздухе) следует начинать с 1—1,5 месяца при массе ребенка не ниже 2500 граммов, зимой — с двухмесячного возраста при массе ребенка 2800—3000 граммов, температуре воздуха до 10 градусов. К пребыванию на свежем воздухе в прохладное время года ребенка приучают постепенно, начиная с 15—20 минут. Зимой сон на воздухе у недоношенных детей может продолжаться по 40—60 минут 2—3 раза в день с последующим осторожным развертыванием и продолжением сна в помещении. Если ребенок беспокоен или у него побледнело лицо, посинели губы, прогулку следует прекратить.

Для правильного развития недоношенных детей большое значение имеет использование специальных методов физического воспитания. Так, при удовлетворительном состоянии для укрепления мышц затылка, живота и конечностей с трехнедельного возраста (детей массой до 1,5 килограмма — с 1 месяца) укладывают на живот на 2—3 минуты перед кормлением, сначала 1—2 раза, затем 3—4 раза в день. Более слабых детей при этом поддерживают под грудь. С 1—1,5 месяца проводят поглаживающий массаж, способствующий расслаблению мышц. Пока у недоношенного ребенка сохраняется физиологическая мышечная гипертония (а она может сохраняться более длительное время по сравнению с доношенными детьми), разрешают легкое поглаживание, растирание.

При выравнивании тонуса сгибательных и разгибательных мышц применяют легкое растирание, разминание, поколачивание и пассивные упражнения с постепенным их усложнением. При большой степени недоношенности, когда масса тела при рождении менее 1500 граммов, проведение этих приемов массажа и гимнастики возможно после 5—6 месяцев, а у детей с массой при рождении выше 2000 граммов — в более ранние сроки, после 2—3 месяцев.

Во втором полугодии, начиная с 7—9-месячного возраста, упражнения рефлекторного характера не включаются в физическое воспитание. В это время возрастает число активных движений: поворот с живота на спину, ползание, вставание на четвереньки, присаживание, вставание на ножки. Эти упражнения выполняются с помощью взрослых. Различным приемам массажа и гимнастики мать

обучают в детских поликлиниках, в кабинетах по воспитанию здорового ребенка специально подготовленные медицинские сестры, а при отсутствии таковых — патронажные сестры или участковые педиатры.

РЕЖИМ ДНЯ

Режим — это организация жизни ребенка путем правильного чередования кормления, сна и бодрствования. Чем младше ребенок, тем больше его потребность в сне. Недоношенные дети на первом и втором месяце жизни спят почти сутки, просыпаясь только от голода, бодрствуют очень непродолжительное время. Дело в том, что клетки головного мозга активно отвечают на все внешние раздражения (в некоторой степени на исходящие из самого организма), т. е. во время бодрствования мозг находится в деятельном состоянии. Чем выраженнее степень недоношенности у ребенка, тем слабее развит его мозг, тем менее выносливы его клетки. Поэтому их утомление наступает быстрее. Во время сна работоспособность клеток мозга восстанавливается. Вот почему для правильного развития недоношенного ребенка так важно не переутомлять нервную систему, сохраняя ее нормальную деятельность путем правильного чередования часов сна и бодрствования.

Поэтому режимы для недоношенных детей должны строиться на основании данных о состоянии здоровья ребенка, степени его недоношенности, массе тела при рождении, индивидуальных особенностях возраста.

Для них оптимальна определенная последовательность режимных моментов: сон, кормление, бодрствование. Эта последовательность у доношенных детей сохраняется до 9 месяцев, а у недоношенных — до 10—12 месяцев.

При назначении режима необходимо выделять в качестве условной весовой границы детей с массой при рождении ниже 1750 граммов. Эти дети нуждаются в более щадящем режиме и в более позднем переводе на очередной режим.

Последовательный перевод детей с одного режима на другой осуществляется врачом в зависимости от общего состояния, возраста и развития ребенка с учетом их индивидуальных особенностей (активность при кормлении, характер бодрствования, глубина сна).

При наличии у ребенка неврологических отклонений и связанной с ними задержки развития перевод на новый режим может быть задержан на 1 месяц и более. Это отно-

сится и к детям, часто болеющим респираторными заболеваниями, перенесшим сепсис.

Установление дифференцированного режима для каждого ребенка не может полностью разрешить вопрос об организации его жизни. Необходимо добиться, чтобы ребенок в часы, установленные для сна, быстро засыпал и спал крепко, во время бодрствования был активен, деятелен и

Режим для недоношенных детей первого года жизни

Возраст	Масса при рождении ниже 1750 г	Масса при рождении 1750—2500 г
От 1 до 3—4 мес.	7 кормлений через 3 ч. Сон днем — 4 раза по 2,5 ч. Каждое бодрствование — 15—20 мин.	До 2—2,5 мес. 7 кормлений через 3 ч, затем через 3,5 ч 6 кормлений. Сон днем 4 раза по 2—2,5 ч. Бодрствование 30—40 мин.
От 3—4 до 6—7 мес.	6 кормлений через 3,5 ч. Сон днем 4 раза по 2—2,5 ч. Каждое бодрствование — 30—40 мин. Постепенно, начиная с 5 мес., сон днем сокращается до 2 ч 15 мин, а бодрствование удлиняется до 1 ч.	6 кормлений через 3,5 ч, с 5 мес.— 5 кормлений через 4 ч. Сон днем — 3 раза по 2,5 ч. Бодрствование до 1,5 ч.
От 6—7 до 9—10 мес.	5 кормлений через 4 ч. Сон днем — 3 раза по 2 ч 15 мин — 2,5 ч. Бодрствование до 1,5—2 ч.	5 кормлений через 4 ч. Сон днем — 3 раза по 2 ч. Бодрствование до 2 ч.
От 9—10 мес. до 1 года	5 кормлений через 4 ч. Сон днем — 3 раза по 2 ч. Бодрствование до 2 ч 15 мин.	5 кормлений через 4 ч. Сон днем — 3 раза по 1,5—2 ч. Бодрствование по 2,5 ч.

при кормлении съедал бы с аппетитом положенную пищу. Поэтому сон ребенка надо проводить на свежем воздухе в спокойной обстановке, а бодрствование должно приводить ребенка в радостное деятельное состояние (в манежах, игровых уголках с достаточным количеством игрушек и частым общением взрослых).

Недоношенные дети с массой более 2000 граммов без

повреждений центральной нервной системы к 10—12 месяцам при правильном соблюдении режима практически не отличаются от доношенных сверстников.

ВСКАРМЛИВАНИЕ

Правильное вскармливание является одним из важных моментов, способствующих созданию оптимальных условий для выхаживания недоношенных детей. Трудность кормления обусловлена значительной функциональной незрелостью их организма. Из-за плохо развитых рефлексов и общей слабости сосательная способность у них резко снижена. А у недоношенных детей с массой тела 1000—1200 граммов часто отсутствует и глотательный рефлекс. Даже при одинаковых массах тела и росте и сроке недоношенности дети могут различаться по общему развитию, функциональным возможностям, что обязывает индивидуально подходить к назначению им питания.

Недоношенные дети, родившиеся в относительно удовлетворительном состоянии, первое кормление получают через 6—8 часов после рождения. По каплям вводят молоко в рот, чтобы определить, есть ли у ребенка глотательный и сосательный рефлексы. Если нет, то его начинают кормить через специальный зонд. Впоследствии при массе 1700—1800 граммов, когда у ребенка появляется сосательный рефлекс, зонд заменяют соской, а затем прикладывают к груди. К кормлению грудью переходят постепенно: вначале допустимо одно-два кормления, остальные — из соски. Если малыш не сжимает сосок, а только держит его, осторожно сцеживают молоко прямо ему в рот, не вынимая соска. Почувствовав молоко, ребенок начнет делать сосательные движения. Грудь следует давать на несколько минут, так как ребенок быстро устает. Постепенно он окрепнет и научится сосать.

Часто первое время ребенка кормят через накладку, которую предварительно кипятят. Если ребенок сосет хорошо, а у матери много молока, то он быстро привыкает сосать через накладку.

Если ребенок плохо сосет или у матери тугие соски, кормить его надо следующим образом: мать берет ребенка на колени и вкладывает ему в рот сосок от накладки, в которую сцеживает из груди молоко, вынимая резиновый сосок несколько раз, чтобы дать ребенку отдохнуть. При кормлении малыша из бутылочки с соской следует сесть

удобно рядом с кроватью или взять ребенка на руки. Сосет недоношенный ребенок медленно, с перерывами, во время которых бутылочку с молоком нужно ставить в теплую воду. Желательно до и после кормления ребенка взвешивать и докармливать его сцеженным грудным молоком через соску или с помощью чайной ложки. Перед кормлением бутылочки и соски надо кипятить.

Необходимо оберегать недоношенных детей от инфекций. Чтобы инфекция не попала ребенку при кормлении, мать должна вымыть руки, а затем грудь теплой водой с мылом и вытереть чистым полотенцем. Если мать заболела гриппом, ангиной, то должна соблюдать особую осторожность, при кормлении надевать на лицо маску, сшитую из нескольких слоев марли. Всегда, прежде чем подойти к ребенку, следует вымыть руки с мылом, надеть чистое платье. У ребенка должна быть отдельная посуда.

РЕЖИМ КОРМЛЕНИЯ И ПИЩА НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Кормить недоношенного ребенка надо через определенные промежутки времени, чтобы его желудок успел освободиться и был готов для принятия новой порции пищи. Необходимо приучать ребенка к строгому режиму кормления с самого начала, так как организм привыкает вырабатывать пищеварительные соки в одно и то же время.

В привычные часы у малыша появляется аппетит, выделяется желудочный сок и пища хорошо переваривается. При беспорядочном кормлении пищеварительные соки вырабатываются плохо, следовательно, хуже идет переработка и усвоение питательных веществ, в результате падает вес, ребенок ослабевает, присоединяются желудочно-кишечные расстройства, из-за которых исчезает аппетит. Лучше всего кормить через 3 часа 7 раз в сутки, начиная с 6 часов утра до 24 часов. Детей с высокой степенью недоношенности в первые недели жизни кормят через 2 часа 10 раз в сутки. Для всех детей необходим длительный шестичасовой ночной перерыв между кормлениями, во время которого дают пить теплую, слегка подслащенную воду или 5% раствор глюкозы (50—70 граммов в сутки). С 3—4 месяцев недоношенного ребенка переводят на 6-разовое кормление, а с 6—7 месяцев — на 5-разовое.

Самая лучшая пища для недоношенного ребенка — молоко матери. В первые дни после рождения ребенка груд-

ное молоко матери — молозиво — отличается по своему составу от зрелого молока, каким оно становится позже. Молозиво является более калорийным, чем грудное молоко, содержит больше витаминов, ферментов и жировых веществ.

Женское молоко и молозиво стерильны, их белковый состав более соответствует характеру белкового обмена ребенка. Жиры и углеводы грудного молока легко расщепляются и усваиваются организмом ребенка, а биологические свойства положительно влияют на состояние пищеварительной системы.

Грудное молоко — не только продукт питания. Оно еще средство защиты от болезней, особенно инфекционных. В нем содержатся особые защитные вещества, перешедшие в него из крови матери. Известно, что в первые три месяца дети не болеют корью, скарлатиной, их защищают антитела — особые белковые вещества, находящиеся в крови ребенка с рождения, а также попадающие в его организм с грудным молоком и молозивом при кормлении. Роль их велика, особенно в течение первых трех недель, когда недоношенный ребенок еще не приспособился к новой для него обстановке, когда он особенно беззащитен. Молозиво дает возможность получить в малом объеме достаточное количество питательных и защитных веществ. Со временем ребенок становится крепче, потребности его растут, соответственно изменяется и состав молока. Ребенок продолжает расти, и грудное молоко уже не может удовлетворить требования растущего организма. Поэтому в 4—5 месяцев начинают вводить прикорм. К этому времени защитные вещества, полученные от матери, постепенно утрачивают свое значение, организм ребенка понемногу начинает вырабатывать их самостоятельно. Однако на первом году жизни выработка защитных веществ еще недостаточна, поэтому раннее (до года) отлучение от груди, особенно в жаркое время года, весьма нежелательно. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, легче переносят любое заболевание и реже болеют. Поэтому надо стараться, чтобы грудное молоко не пропало. Каждая мать должна помнить, что только полное опорожнение груди, полное удаление всего находящегося в ней молока способствует хорошему ее наполнению. Чем лучше сосет ребенок, тем тщательнее надо сцеживать остатки молока, тем больше его будет прибывать. Недоношенные дети в связи с общей их слабостью в первые дни жизни сосут недостаточно

активно, быстро утомляются и засыпают. Для того чтобы ребенок вновь начал сосать, надо попытаться отнять сосок, и малыш вновь проявит активность. Если же ребенок не высасывает свою норму, оставшееся молоко сцеживают и им докармливают ребенка.

Мать должна знать, что сразу после прикладывания к груди дети сосут лучше, так как вначале молоко идет легче, затем им приходится больше «трудиться», а сил еще мало. Тут усталость нередко берет вверх и малыш засыпает. Вот когда от матери требуется настойчивость и спокойствие.

Кормить полагается в течение 15—20 минут, только из одной груди. Это связано с тем, что состав молока в начале и в конце кормления неодинаков.

Наиболее питательная его часть как раз содержится в последних порциях. Если нетерпеливая мать нервничает и прикладывает ребенка к другой груди, это приводит к тому, что ребенок, хотя и высасывает положенное количество молока, важных питательных веществ получает недостаточно. Если же остатки молока не сцедить, то с каждым днем молока будет становиться меньше и меньше. Голодный ребенок беспокоен, кричит, не спит по ночам, теряет массу тела. Чтобы успокоить его, мать перестает соблюдать ночной перерыв и точно установленные часы кормления. В результате возникают заболевания, которых легко можно было бы избежать.

Пища кормящей матери должна быть качественной, полноценной и разнообразной, содержащей все необходимые питательные вещества: белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные соли. Особенно важно достаточное количество белка и витаминов. Надо употреблять овощи, фрукты, творог, мясо и т. д.

При недостаточном употреблении свежих овощей и фруктов, особенно в зимне-весенний период, рекомендуется принимать витаминные препараты, настой шиповника, консервированные соки, фруктово-ягодные консервы (компот, пюре), замороженные фрукты и ягоды, компот из сухофруктов.

В рационе кормящей матери жидкости в сутки должно быть не менее 2 литров, включая суп, чай, соки, молоко, кефир, простоквашу и т. д.

Кормящим женщинам категорически запрещается употребление любых алкогольных напитков, в том числе и пива. К сожалению, до настоящего времени среди населения

широко распространено мнение, будто пиво способствует увеличению отделения молока. Это не так. Любое количество алкоголя (а в пиве его содержится до 14%) легко переходит в молоко и неблагоприятно отражается на здоровье и развитии ребенка. У детей при этом отмечаются нарушения центральной нервной системы, которые проявляются повышенной возбудимостью, развитием неврозов, в тяжелых случаях — отставанием психического развития.

Режим питания кормящей матери рекомендуется согласовать с режимом питания ребенка. Целесообразно принимать пищу перед каждым кормлением ребенка (5—6 раз в день), это способствует лучшей секреции молока. Такой режим питания рекомендуется еще и потому, что обычно ребенок перед кормлением должен спать (рациональное чередование сна и бодрствования детей до года предусматривает последовательность процессов: кормление — бодрствование — сон) и в это время мать может приготовить себе пищу и спокойно поесть.

Для обеспечения хорошей лактации кормящей матери наряду с правильным питанием необходимо обеспечить полноценный отдых, сон не менее 8 часов ночью и 1—2 часов днем, достаточное времяпрепровождение на воздухе, спокойную обстановку. Физическая нагрузка должна быть умеренной, так как доказано, что при выполнении тяжелых работ у кормящих женщин изменяется состав молока (ухудшается качество белков, уменьшается количество витаминов).

Если у кормящей матери выявляется недостаток молока или низкое содержание составных веществ в нем, следует обратиться к врачу для выявления причины снижения лактации и назначения лечения. Большое значение при этом имеет упорядочение общего режима матери и обеспечение ее полноценным питанием. Наряду с этим можно рекомендовать некоторые специальные меры. Для улучшения лактации следует за 10—15 минут до кормления ребенка выпить стакан чая с молоком, отвара шиповника или компота. Можно дополнительно выпить чай или сок и после кормления ребенка.

В некоторых случаях (причины бывают разные), несмотря на принятые меры, молока все же не хватает. Ребенок становится беспокойным, не выдерживает положенных сроков кормления. Тогда необходимо обратиться к врачу. Голодать ребенок не должен, и врач обычно назначает докорм. По мере возможности надо постараться докармли-

вать донорским женским молоком, которое, хотя в процессе термической обработки и утрачивает ряд биологически ценных качеств (происходит утрата какого-то количества витаминов, инактивация ферментов и защитных факторов, частичная денатурация белка) и не может быть приравнено к материнскому молоку, однако обеспечивает вполне удовлетворительное развитие недоношенных детей первых двух месяцев.

В качестве заменителей грудного молока можно применять молочные смеси, приближенные по составу к женскому молоку и особенностям пищеварения ребенка. К ним относятся адаптированные сухие смеси «Детолакт», «Виталакт», «Малютка», «Малыш», импортные смеси «Линолак», «Тутели». Они содержат полноценные, легкоусвояемые белки, растительные жиры, молочный сахар, витамины и микроэлементы, соли железа и т. д. Эти смеси можно применять в питании первых недель жизни ребенка.

Хорошо зарекомендовали себя кисло-молочные смеси: кефир, «Биолакт», «Балдырган» в питании детей старше 3—4 месяцев.

Кисло-молочные смеси приготавливают из коровьего молока с использованием чистых культур молочно-кислых бактерий или «грибковой» закваски.

В процессе приготовления этих продуктов в них накапливаются ферменты, которые стимулируют секрецию желудочного сока, створаживают белки молока нежными хлопьями и тем самым улучшают процессы пищеварения. Кисло-молочные продукты полезны в питании детей раннего возраста, так как они усваиваются лучше, чем обычное коровье молоко. Ценным является свойство кисло-молочных продуктов уменьшать брожение в кишечнике, подавлять и вытеснять болезнетворные микробы. Вот почему эти смеси полезны детям с неустойчивым стулом.

Недоношенные дети с первого месяца жизни нуждаются в некоторых пищевых добавках, содержащих витамины, минеральные соли, микроэлементы, органические кислоты и т. д. Это необходимо для профилактики рахита и малокровия, которые нередко развиваются у детей первых месяцев жизни при любых погрешностях в питании и режиме.

В таких пищевых добавках особенно нуждаются дети, получающие донорское молоко, а также заменители грудного молока. С 3—4-недельного возраста недоношенным детям дают натуральные овощные и ягодные соки. Начиная с 3—5 капель, ежедневно увеличивают количество их

до 1—2 чайных ложек, к двухмесячному возрасту ребенок должен получать 20 миллилитров сока, в 3—4 месяца — до 30 миллилитров и к концу первого полугодия жизни — 50 миллилитров. Соки дают после еды с питьем или в чистом виде.

Перед едой соки давать не следует, так как содержащийся в них сахар может снизить аппетит. Прежде всего рекомендуется яблочный, вишневый и черносмородиновый сок, с 2 месяцев — сливовый, абрикосовый, свекольный, гранатовый, с 3 месяцев — томатный, малиновый, цитрусовые. Иногда при употреблении какого-либо сока у ребенка может появиться сыпь или участиться стул. В таких случаях нужно заменить сок другим. Чаще других побочное действие оказывают соки цитрусовых (лимонный, апельсиновый, мандариновый), а также клубничный. Виноградный сок нередко вызывает усиленное брожение в кишечнике, вздутие живота, поэтому детям до 1 года давать его не рекомендуется. Вишневый, гранатовый, черносмородиновый соки содержат дубильные вещества и действуют закрепляюще. Они полезны детям с неустойчивым стулом. Детям со склонностью к запорам рекомендуется давать сливовый, морковный и свекольный соки.

В питании детей можно использовать и готовые консервированные соки, выпускаемые промышленностью для детского питания.

В возрасте 3 месяцев детям дают яблочное пюре. Начинают с 1/2 чайной ложки, постепенно увеличивают порцию до 30 граммов в возрасте 5 месяцев и 50 граммов — во втором полугодии. Яблочное пюре содержит витамины, минеральные вещества, оказывает благоприятное действие на работу кишечника, приучает ребенка к густой пище. Можно делать пюре из других фруктов — вишни, груши, сливы.

Детям, страдающим запорами, рекомендуется пюре из чернослива от 2 до 4 чайных ложек в зависимости от возраста ребенка. В питании детей можно использовать консервированные фруктовые пюре, выпускаемые нашей промышленностью для детского питания.

В возрасте 3 месяцев вводится яичный желток в вареном виде. Его растирают с грудным молоком и дают в начале кормления по 1/5—1/4 части, а к 4 месяцам — 1/2. Желток нужно давать ежедневно. Он является ценным продуктом, содержит легко усвояемый белок, витамины, соли кальция, фосфора, железа.

Введение творога в рацион недоношенных детей начинают на третьем месяце жизни с 10 граммов, постепенно увеличивая порцию до 40 граммов в сутки к 6—7 месяцу и 50—60 граммов к году. Творог также дают ежедневно.

ПРИКОРМ

Ребенок продолжает расти, организм его для своего развития требует все большего количества белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных солей. В связи с этим возникает необходимость прикорма.

Пища, которая дается в качестве прикорма, должна быть более питательной и содержать в достаточном количестве вещества, необходимые ребенку. Несвоевременность прикорма может привести к возникновению рахита, малокровия. Ребенок начинает худеть, отставать в развитии. Первый прикорм недоношенным детям назначают с 4 месяцев. В более поздние сроки прикорм дают детям с расстройствами пищеварения, при острых лихорадочных заболеваниях, а также в жаркие дни, так как в этих случаях новая пища плохо переваривается и может вызвать расстройства желудочно-кишечного тракта.

При введении прикорма надо соблюдать следующее:

давать прикорм перед кормлением грудью;

начинать введение любого нового вида пищи с небольших количеств, постепенно увеличивая объем блюда до полной замены одного грудного кормления;

нельзя вводить одновременно два или несколько новых блюд прикорма;

переходить к другому виду прикорма можно только после того, как ребенок привыкнет к первому;

не следует давать один и тот же вид прикорма два раза в день.

Введение прикорма — ответственный момент в жизни ребенка. От правильной методики его применения во многом зависит аппетит ребенка, его вкусы.

По своей консистенции блюда прикорма являются переходными от жидкой молочной пищи к более густой. Поэтому первый прикорм должен быть гомогенным, чтобы не вызвать у ребенка затруднений при глотании. Недостаточно измельченная пища может привести к срыгиванию и рвоте, которые в дальнейшем закрепляются в виде отрицательного рефлекса, в этих случаях ребенок будет упорно отказываться от прикорма.

К более густой, а затем и плотной пище, требующей жевания, надо приучать постепенно. Поэтому возможно раньше надо начинать кормление ребенка с ложки, изменяя консистенцию пищи, любимые ребенком блюда предлагать в более густом виде.

В качестве первого прикорма рекомендуется овощное пюре. Назначают его с 1—2 чайных ложек и постепенно в течение 10—12 дней доводят до 100—150 граммов. Дается овощное пюре среди дня вместо одного из грудных кормлений.

Вместе с овощами ребенок получит необходимые минеральные соки, органические кислоты, клетчатку, стимулирующие процессы пищеварения.

Дети, которые получают сначала сладкую пищу, неохотно едят овощи. Лучше прикорм начинать с таких овощей, как морковь, репа, тыква, картофель, капуста (белокачанная и цветная), кабачки, томаты, свекла и др. Наиболее целесообразно готовить смешанное пюре из 2—3 видов овощей, комбинируя их различным образом. Овощи для пюре разваривают в малом количестве воды или на пару под крышкой, затем их растирают и разводят горячим молоком. В готовое пюре добавляют сливочное или растительное масло. Овощное пюре следует давать вместе с яичным желтком, а в дальнейшем — с мясным фаршем. Для прикорма можно использовать также овощные пюре, выпускаемые промышленностью для детского питания.

Из специальных детских консервов очень полезны и обладают хорошими вкусовыми качествами овощные пюре, приготовленные из зеленого горошка, шпината, тыквы, кабачков и др.

Консервированные пюре и сухие овощные смеси дают так же, как и приготовленные в домашних условиях, начиная с 1—2 чайных ложек, и постепенно доводят до 100—150 граммов.

Вторым прикормом, который обычно вводят с 5-го месяца, является молочная каша, сначала 5—8%, затем 10%. С крупами, которые идут на приготовление каш, ребенок получает минеральные вещества в широком ассортименте, витамины группы В, растительный белок, клетчатку.

Для приготовления каши детям 1-го года жизни лучше использовать специальную детскую диетическую муку из овсяной (толокно), гречневой крупы, риса, манки или использовать эти крупы для приготовления протертых каш. Наиболее полезны для детей раннего возраста гречневая и

овсяная крупы, а не манная, которую традиционно матери используют наиболее часто.

Целесообразно готовить кашу из смеси разных круп. Это повышает пищевую ценность блюда. Полезно готовить сочетанные блюда из овощей и крупы, например, так называемую розовую кашу — с добавлением тушеной и протертой моркови, тыквы и др.

Крупу для приготовления разваривают на воде, затем добавляют цельное молоко, а в готовое блюдо — сливочное масло.

В некоторых случаях (при аллергии к молоку, рахите) по назначению врача готовят каши на овощном отваре.

В качестве прикорма могут быть использованы также готовые сухие каши для детского питания (смесь «Малыш» и сухие молочные каши из рисовой, гречневой, овсяной и манной круп). Предпочтение следует отдавать смеси «Малыш», которая обогащена витаминами, солями железа, растительным маслом.

Прикармливать кашей также начинают постепенно, с 1—2 чайных ложек, а в течение недели полностью заменяют еще одно кормление грудью. Одновременно с кашей ребенку можно дать творог, фруктовое пюре или сок.

В возрасте 7 месяцев следует ввести в меню мясо как источник полноценного белка. Некоторым детям (больным анемией, страдающим рахитом, отстающим в физическом развитии) по назначению врача мясо дают с 5—6 месяцев. Этим детям особенно полезна печень, богатая железом, микроэлементами, витамином А.

В питании детей 1-го года жизни используют в основном нежирное говяжье мясо, телятину, куриное мясо, язык, с 8—9-месячного возраста — рыбу. Мясо сначала дают в виде мясного пюре или суфле, к 10-му месяцу — в виде фрикаделек или паровых котлет. Рыбу нежных сортов (судак, треска, хек) дают вместо мяса 1—2 раза в неделю в виде пюре или суфле. Можно использовать специальные консервы для детского питания из мяса, субпродуктов (печень, мозги, язык) и рыбы: «Бутуз», «Винни-Пух», «Язычок», «Птенчик», «Золотая рыбка» и другие, а также мясоовощные и мясокрупяные детские консервы.

Начинают давать мясные блюда с 1—2 чайных ложек, добавляя их к овощному пюре. К 8—9-му месяцу количество мяса увеличивают до 20—30 граммов в день; к первому году жизни — до 50—60 граммов. Рыба детям назначается с большой осторожностью, так как она иногда вызывает ал-

лергические реакции. Ее следует использовать не более 1—2 раз в неделю (вместо блюда из мяса). После введения в рацион мясных блюд желток лучше сочетать с кашей.

В возрасте 8 месяцев в питание ребенка вводят нежирный мясной бульон, богатый экстрактивными веществами. Это способствует повышению выделения пищеварительных соков и улучшает усвоение пищи. Бульон начинают давать с 1—2 чайных ложек, обращая внимание на состояние ребенка: у некоторых детей крепкий мясной, особенно куриный, бульон может вызвать проявление экссудативного диатеза. В этом случае мясной бульон следует заменить овощным супом.

Мясной бульон является, в основном, стимулятором пищеварения и не обладает высокой пищевой ценностью, поэтому его дают в небольших количествах (20—30 миллилитров, т. е. 1—2 столовые ложки) перед овощным пюре, которое к этому времени ребенок получает в более густом виде. К бульону предлагают сухарик из белого хлеба или корочку ржаного хлеба. Таким образом, в рационе ребенка начинает формироваться обед: суп, овощное пюре с желтком, фруктовое пюре или сок.

В возрасте 7,5—8 месяцев ребенку вводят третий прикорм вместо кормления грудью в виде кефира или цельного молока. Предпочтение следует отдавать кисло-молочным продуктам. В ряде мест в питании детей первого года жизни вместо кефира используют специальные кисло-молочные продукты повышенной биологической ценности — «Биолакт», «Балдырган», ацидофильные смеси. К этому времени ребенок получает всего два кормления грудью — утром и вечером.

Кормить ребенка грудью можно прекратить с 10—11-месячного возраста при условии, что ребенок здоров и хорошо развивается. Нельзя отлучать ребенка от груди в жаркие летние месяцы, а также во время болезни ребенка, непосредственно после проведения предохранительных прививок.

Обычно процесс отлучения ребенка от груди проходит без осложнения, если ребенок получал своевременно все необходимые виды прикорма. Отлучение от груди проводится постепенно. Сначала утреннее кормление заменяют другой пищей — кефиром, молоком, если ребенок просыпается рано, или кашей, если ребенок просыпается в более поздние часы и мать успевает приготовить ему полноцен-

ное и калорийное питание. Через 5—10 дней последнее вечернее кормление грудью и для ребенка и для матери проходит безболезненно. В период, когда ребенок получает лишь одно кормление грудным молоком, лактация значительно сокращается. В тех случаях, когда секреция молока у матери еще продолжается и отмечается нагрубание молочных желез, рекомендуется их высоко и туго бинтовать и несколько ограничить употребление жидкости. Обычно молоко перестает вырабатываться через 3—4 дня после прекращения кормления.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Сердечно-сосудистые заболевания — наиболее распространенные в настоящее время. Как свидетельствуют наблюдения врачей, многие болезни сердца и сосудов начинаются в детском и юношеском возрасте и болезнь у взрослого фактически является продолжением начавшегося ранее патологического процесса. Следовательно, предупреждение сердечно-сосудистых заболеваний должно проводиться с детского возраста.

Для полного понимания основных механизмов болезней сердечно-сосудистой системы и для целенаправленного их предупреждения необходимо знать, как устроено сердце и как оно работает. Учитывая современный высокий общеобразовательный уровень людей и то, что анатомия и физиология человека знакомы им еще по школьной программе, мы нашли целесообразным не говорить об этом подробно в данном разделе. Остановимся лишь вкратце на особенностях сердечно-сосудистой системы у детей. Известно, что сердце и кровеносные сосуды, образующие систему кровобращения, обеспечивают все клетки и ткани организма необходимым количеством кислорода и питательных веществ, благодаря чему в клетках и тканях вырабатывается необходимая энергия и обеспечивается жизненно важная их функция. Сердце можно сравнить с мощным биологическим насосом, при сокращении которого кровь нагнетается в аорту, далее — в артерии, артериолы, капилляры и вены, и по венам кровь, уже несущая углекислый газ и утильные продукты из тканей и клеток, обратно возвращается в

сердце. Продвижению крови способствует ритмичное сокращение мышцы сердца (систола) и мышц стенок артерий. Поэтому кровь в артериях продвигается в одном направлении под определенным давлением, или напором. Работа сердца сопровождается звуками, что можно уловить слухом. Эти короткие звуки в форме «биения», «стука» врачи называют тонами. Кроме того, в определенных случаях в сердце возникают шумы — более протяжные звуки, имеющие самый разнообразный характер по продолжительности, силе, тембру и т. д. Шумы могут прослушиваться как у здорового ребенка, так и быть проявлением различных болезней.

Сердечно-сосудистая система ребенка во многом отличается от таковой взрослого человека. Прежде всего — это размеры сердца и сосудов, которые имеют отличительные возрастные соотношения с размерами грудной клетки. Имеются также отличия в их строении, функции. Эти различия в деятельности сердца ребенка особенно выражены во внутриутробном периоде и в период новорожденности. Чем меньше ребенок по возрасту, тем больше частота сердечных сокращений и, соответственно, пульса. Так, пульс у новорожденного — 120—140 ударов в минуту, у годовалого — 115—120, в три года — 105—110, у 6—7-летнего — 84—96, в 10 лет — 80—88. Во время сна и в положении лежа частота пульса реже на 10—20 ударов в минуту. При нормальной работе сердца его биение, тоны ритмичны, т. е. они возникают через определенный, равный промежуток времени. Однако у некоторых детей встречается так называемая «дыхательная аритмия» — изменение ритма сердца, связанное с дыханием и особенностями нервной системы, что относится к вариантам нормы. Артериальное давление у детей ниже, чем у взрослого, причем оно тем ниже, чем меньше по возрасту ребенок. С возрастом оно увеличивается и с 14—15 лет имеет равные со взрослыми показатели. Однако нормы артериального давления у детей школьного и особенно старшего школьного возраста подвержены значительным колебаниям, имеют особенности в зависимости от пола, состояния нервной системы, нагрузок, периода полового созревания. Сердце ребенка имеет хорошее кровоснабжение, поэтому крайние состояния ишемии (местного нарушения кровоснабжения) и инфаркт у детей очень редки.

В оценке состояния сердца нередки случаи, когда нет ясности того, что следует считать нормой или болезнью, в

частности, случаи, когда возникают шумы в сердце. Шумы разделяют на органические, обусловленные грубыми изменениями сердца за счет врожденных пороков или тяжелых приобретенных заболеваний, таких, как ревматизм, септический эндокардит и другие, и на функциональные, т. е. не связанные с анатомическими повреждениями сердца. Функциональные шумы могут встречаться у здоровых детей, они могут быть случайными. Однако эти шумы могут свидетельствовать и о перенесенном инфекционном заболевании, таком, например, как грипп, ангина, скарлатина, или указывать на наличие внесердечных очагов инфекции — как хронический тонзиллит, заболевание легких, почек и т. д. Реже функциональный шум может быть обусловлен заболеванием мышцы сердца (миокардит). Функциональные шумы бывают обусловлены изменением свойств крови и встречаются при анемиях, изменениях вязкости крови. Шумы могут быть слышны на крупных сосудах. В этих случаях они либо проводятся из полостей сердца, либо возникают на месте вследствие анатомических изменений кровеносного сосуда. Наиболее часто функциональный шум развивается при хроническом тонзиллите. Это обусловлено прежде всего тем, что хронический тонзиллит у детей в половине случаев протекает как серьезное общее заболевание организма, вызывая многочисленные жалобы у ребенка (боли в суставах, мышцах, в области сердца, в боку, головные боли, сонливость, плаксивость, сердцебиение, одышка), общую интоксикацию в виде бледности, темных пятен под глазами, слабости, вялости, снижения аппетита, исхудания. Родители в таких случаях считают ребенка серьезно больным, посещают различных специалистов, однако болезнь не всегда выявляется своевременно. Так, одним из общих проявлений декомпенсированного хронического тонзиллита является и функциональный шум в сердце.

Дифференцировать шум функциональный от органического не всегда возможно. В этих случаях требуется длительное наблюдение врача, повторные записи сердечных звуков (фонокардиография) и другие исследования. Ошибка в оценке шума, как в случае его переоценки или, наоборот, недооценки, может привести к неоправданным ограничениям в режиме, излишнему лечению или при нераспознавании болезни к инвалидности.

Изменения в сердце могут проявляться расстройствами сердечного ритма, повышением или понижением артери-

ального давления, нередко выраженным увеличением разных отделов сердца. Эти отклонения бывают в любом возрасте, но чаще встречаются в пубертатном периоде, т. е. в годы полового созревания. Быстрый рост, увеличение массы тела, непропорциональные несоответствия сердечно-сосудистой системы масштабам тела, отдельных органов, усиление деятельности желез внутренней секреции, выработка ими новых веществ и их влияние на подростка влекут неустойчивость нервной системы, могут вызвать самые различные жалобы и даже объективные изменения. У детей в этом периоде выражены раздражительность, повышенная потливость, нарушение сна, похолодание конечностей, головные боли, потемнение в глазах при наклоне головы или вставании, сердцебиение, экстрасистолии. Все эти отклонения, как правило, преходящи, не оставляют каких-либо изменений. Иногда у детей 12—14 лет можно обнаружить повышение или понижение артериального давления. Отклонения в показателях артериального давления чаще всего выявляются случайно, однако при специальном расспросе врачи у таких детей могут установить отдельные жалобы, характерные для этого состояния. Повышение артериального давления на 15—20 миллиметров ртутного столба и более, притом только максимального давления, бывает у подростков нестойким, обычно проходит через 3—4 дня после отдыха. Понижение же максимального давления на 10—20 миллиметров ниже возрастной нормы характерно не только для подросткового возраста. Скорее оно свидетельствует о наличии болезни. Стойкое повышение и понижение показателей артериального давления может быть при гипертонической и гипотонической болезни, болезнях почек, нервной системы, эндокринных желез или врожденной аномалии развития отдельных органов и кровеносных сосудов.

Появление функциональных изменений, граничащих между болезнью и состоянием практического здоровья детей, может наступить и после перенесенных инфекционных заболеваний, при наличии очагов инфекции, систематических нарушениях режима отдыха и сна, психоэмоциональных и физических, в том числе спортивных, перегрузках, курении, переедании, гипокинезии. Благоприятные социальные условия, устроенность быта современной семьи, значительное снижение двигательной активности детей из-за чрезмерной занятости учебой, постоянного чтения, просмотра телевизионных передач и т. д. при всем внешнем благо-

получии могут плохо отражаться на растущем организме ребенка, вплоть до развития раннего атеросклероза. Растущий организм нуждается в расходе накопленной энергии, физическом совершенствовании, выработке навыков саморегуляции психоэмоциональных и других жизненно важных реакций.

Среди распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы детского возраста следует отметить ревматизм, миокардиты и врожденные пороки сердца.

Ревматизм. В настоящее время ревматизм известен как хроническое заболевание, при котором больше всего поражается сердце и кровеносные сосуды. Прежнее понятие, когда выделяли отдельно сердечную, суставную, нервную форму заболевания, устарело. В развитии большинства случаев заболевания ревматизмом можно проследить причинную роль инфекции — гемолитического стрептококка группы А и его различных серотипов. При этом микроорганизм свою болезнетворную роль приобретает, размножаясь в ротоносоглотке человека. Когда ребенок повторно заболевает ангиной или у него возникает обострение хронического тонзиллита, гайморит, стрептококк становится способным вызвать заболевание. При этом особая роль принадлежит составным веществам микробной клетки, которые в форме чужеродных веществ — токсинов, антигенов вызывают образование антител. Далее, иммунная реакция, происходящая в организме, идет по особому пути, не заканчиваясь, как обычно, устранением болезнетворного чужеродного микроорганизма, а, напротив, способствует заболеванию. Наблюдения врачей открыли и другие механизмы развития ревматизма, когда заболевание возникает путем перекрестных реакций антител с собственной тканью организма или вследствие истощения нейроэндокринных реакций после чрезмерных постоянных раздражений каким-либо фактором (дистресс). Повышенная чувствительность организма, приводящая к заболеванию, в большинстве случаев наблюдается через 2—4 недели после перенесенного стрептококкового заболевания.

Ребенок, заболевший ревматизмом однажды, полностью не выздоравливает. Когда атака ревматизма проходит и больной хорошо себя чувствует, правильнее считать, что заболевание ребенка находится в спокойном состоянии, стадии ремиссии, т. е. в данный период болезнь не причиняет вреда, но нельзя забывать, что при соответствующих условиях она может вновь вспыхнуть.

Начало болезни и дальнейшее ее течение может быть острым, подострым и вялым. Острое течение процесса начинается сравнительно бурным развитием основных симптомов: повышением температуры, воспалением суставов, обычно крупных — коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных. Как правило, плечевые, тазобедренные суставы при ревматизме не поражаются. Воспаленный сустав на вид бывает покрасневшим, на ощупь горячим, боль при соприкосновении резкая, движения в нем из-за болей ограниченные. Эти признаки воспаления через несколько дней проходят даже без лечения, но вслед за этим суставом поражается другой, симметричный сустав. Воспаление не оставляет каких-либо следов, поэтому сустав после ревматической атаки становится снова здоровым. Однако поражение сердца при ревматизме бывает тяжелым, при отсутствии лечения оно подвергается необратимым изменениям. Эти особенности заболевания точно подметил крупный отечественный педиатр А. А. Кисель, сказав, что «ревматизм суставы только лижет, а кусает сердце». Установлено, что для полного затихания воспалительных явлений в сердце, обусловленных ревматизмом, даже при своевременном лечении необходимо времени не менее чем шесть месяцев от начала заболевания. Если за этот промежуток были новые вспышки, то наступление спокойного периода ревматизма еще более затягивается. Своевременно не леченный больной, таким образом, подвергается непрерывным обострениям, а мышцы сердца и его внутренний слой (эндокард с тонкими соединительнотканными образованиями — клапанами) все больше и больше повреждаются. В результате образуются пороки клапанов, склероз миокарда.

То же самое происходит при подостром течении ревматизма, с той лишь разницей, что признаки поражения сердца и суставов внешне проявляется неярко, поскольку скорость развития болезни в этом случае сравнительно низка. Несмотря на тяжелое состояние, наблюдающееся при остром и подостром течении, эти формы болезни при своевременном лечении подвергаются обратному развитию. Этого нельзя сказать о вялом, скрытом течении болезни, когда заболевание внешне ничем не проявляется, выявляется нередко случайно, после образования порока сердца. Лечить ребенка в таких случаях представляет большие трудности.

Воспалительный процесс при ревматизме может захватить мышцу сердца, когда говорят о миокардите. Если

воспаление распространяется на внутренний слой сердца, следует говорить об эндокардите; воспаление наружного слоя сердца — перикарда — обозначают термином перикардит. Чаще всего встречаются случаи одновременного поражения эндокарда и миокарда — ревматический эндомиокардит. Признаки ревматического воспаления сердца (ревмокардита) — увеличение размеров сердца, приглушение его тонов, появление органического шума, частые сердцебиения. Соответствующие изменения на рентгенограмме, электрофонокардиограммах помогают врачам поставить диагноз.

Малая хорея также является разновидностью детского ревматизма. Частые непроизвольные движения мышц конечностей, лица, языка, наблюдающиеся в покое и при движениях, нарушение почерка, изменение характера ребенка (плаксивость, раздражительность, неконтактность) сочетаются со слабостью мышц, утомляемостью, снижением рефлексов. Со временем родители и учителя даже сами выявляют, что ребенок болен, и обращаются к врачу. Хорея нередко возникает у детей при нервных потрясениях и глубоких переживаниях, обусловленных морально-психологическим неблагополучием в семье, школе и т. д.

Повторные обострения хореи и ревматизма вообще все больше создают опасность образования пороков сердца, развития миокардиосклероза, у некоторых детей болезнь приобретает непрерывно рецидивирующее течение.

Образование клапанных пороков приводит к нарушению работы механизмов, обеспечивающих направленное движение крови, отсюда — перегрузка различных отделов сердца. Исключение из этого составляет только митральный порок (недостаточность митрального клапана), при небольших размерах которого сердце хорошо справляется с нагрузкой, поэтому нарушения кровообращения долго не наступает. Известны даже случаи спортивных достижений отдельных людей с ревматическим митральным пороком. Однако все другие пороки (стеноз митрального отверстия, недостаточность и стеноз аортальных, трикуспидальных клапанов) рано или поздно приводят к декомпенсации сердечной деятельности и далее — к нарушению кровообращения. Следует отметить большие компенсаторные возможности детского сердца, что помогает ребенку в школьные годы преодолевать начинающуюся недостаточность кровообращения.

Установлено, что ревматизмом значительно чаще боле-

ют дети, в семьях которых кто-либо (особенно мать) страдает этим заболеванием. Поэтому необходимо соблюдать все меры предосторожности в так называемых «ревматических семьях».

Опыт и знания свидетельствуют, что многие болезни легче предупредить, чем лечить. Особенно это касается заболевания ревматизмом. Профилактику ревматизма подразделяют на первичную и вторичную. Первичная — это предупреждение болезни у здорового или небольного ревматизмом ребенка. В настоящее время такую профилактику проводят среди детей, в семье которых есть больной ревматизмом. Дети периодически вызываются к врачу-ревматологу детской поликлиники. Родители должны в обязательном порядке соблюдать основные правила режима и ухода за детьми, рекомендованные врачом. Ребенок должен спать отдельно от больного ревматизмом члена семьи. В такой семье особенно тщательно должны соблюдать меры личной гигиены, регулярно проветривать комнаты, не нарушать постельный режим ребенка, если он заболел ангиной, ОРЗ, гриппом. Заболевшего ребенка обязательно в течение 7—10 дней лечат дома по предписанию врача. Практически важно регулярно лечить зубы, хронический тонзиллит, гайморит у ребенка, особенно весной и осенью, т. е. в периоды, когда люди ревматизмом заболевают особенно часто. Рациональный режим, закаливание, пребывание и игры на свежем воздухе, полноценное питание, продолжительный сон, физкультура надежно предупреждают детей от заболевания ревматизмом. Организация горячего питания в школах, в летних пионерских лагерях, улучшение жилищно-бытовых условий, материального благосостояния людей служат предупреждением заболеваний среди детей, в том числе заболевания ревматизмом.

Вторичная профилактика — это предупреждение повторных случаев ревматизма среди заболевших. В этом случае задача более конкретная: после выписки ребенка, больного ревматизмом, из стационара назначается круглогодичная бициллинопрофилактика. Бициллин — препарат пенициллина удлиненного действия, одна инъекция бициллина-5 в дозе 900 000—1 500 000 единиц обеспечивает непрерывное пребывание пенициллина в крови в течение 21—25 дней. Таким образом, введение бициллина, обладающего уничтожающим действием на гемолитический стрептококк, обеспечивает устранение патогенной (болезнепричиняющей) роли микроба на детский организм. В осенне-весенний пе-

риод по шесть недель дополнительно к бициллину назначается еще один из антиревматических препаратов (ацетилсалициловая кислота, анальгин, индометацин или вольтарен), витамины. Методом круглогодичной (в течение первых двух лет после атаки) и сезонной (в течение последующих двух-трех лет) бициллиномедикаментозной профилактики в нашей стране удалось обеспечить эффективную борьбу с повторными атаками ревматизма.

Дети, имеющие очаги инфекции в форме хронического тонзиллита, кариозных зубов, фарингита, два раза в году обязательно осматриваются ЛОР-врачом и стоматологом, получают необходимое лечение. Закаливающие процедуры и общеоздоровительные мероприятия детям, больным ревматизмом, проводить в широком объеме не рекомендуется. Следует знать, что организм больного ревматизмом имеет ограниченные возможности к приспособлению на действие различных раздражителей (холод, смена климата, дальние переезды, пребывание на солнце, купание) и инфекционных агентов. Поэтому нежелательно больных детей отправлять в дальние санатории, даже пионерские лагеря, на физические работы. В случае заболевания ангиной и другими простудными или инфекционными заболеваниями ребенка укладывают в постель и не менее 10 дней лечат антибиотиками и одним из ревматических препаратов под контролем врача (текущая профилактика).

Часто возникает практический вопрос — можно ли разрешать ребенку, перенесшему атаку ревматизма, занятия физкультурой и спортом? Накопленный опыт и знания о характере заболевания позволяют дать достаточно конкретный ответ. Больному ревматизмом в течение шести месяцев после стационара занятия физкультурой (на уроке физкультуры в школе) не разрешаются. Если за это время не было повторных обострений ревматизма, ребенку разрешают посещать уроки физкультуры (в специальной, далее подготовительной группах). Через год после атаки ребенок может ходить на уроки физкультуры и выполнять полный объем движений наравне со здоровыми сверстниками. Спортом заниматься не рекомендуется, в исключительных случаях возможно разрешение врача-специалиста заниматься более легкими видами (настольный теннис, волейбол, плавание).

Особо стоит этот вопрос по отношению к детям, приобретшим порок сердца после атаки ревматизма. В этих случаях занятия спортом полностью исключаются, занятия

физкультурой в школе разрешаются только детям с признаками митральной недостаточности (через 1,5 года после атаки). Все другие виды пороков сердца предполагают исключение занятий физкультурой, в то же время допускают выполнение утренней гигиенической гимнастики и специальных упражнений по лечебной физкультуре.

В последние годы у детей часто возникают **миокардиты** — воспаление сердечной мышцы. По механизму развития миокардиты различают инфекционные (бактериальные, вирусные, грибковые, паразитарные), аллергические и токсические.

Миокардиты в зависимости от выраженности могут быть почти бессимптомными и тяжелых форм с развитием недостаточности кровообращения и паралича сердца. Наиболее тяжелая форма миокардита — так называемая форма Абрамова—Фидлера, когда особенно выражены боли в сердце, одышка, резкое увеличение размеров сердца, ослабление его биения, разнообразные изменения на электрокардиограмме, глубокие нарушения ритма, постепенное развитие недостаточности кровообращения, образование кровяных сгустков (тромбов), которые могут закупорить механически любую артерию и вызвать непредвиденные осложнения. Прогноз неблагоприятен, однако, к счастью, данная форма миокардита встречается довольно редко. Значительно чаще среди детей распространены аллергические и инфекционно-аллергические миокардиты, имеющие в своем начале связь с аллергией или аллергическим заболеванием. Нередко они (без внешних признаков аллергии или с неярко выраженными ее проявлениями) начинаются после перенесенной инфекции — гриппа, энтеровирусной инфекции Коксаки, респираторной инфекции, глистных инвазий и т. д. До последнего времени такие миокардиты смешивали с ревматизмом. Внешние проявления их в общем схожи с миокардитом Абрамова—Фидлера, но симптомы их и состояние больных легче, прогноз обычно благоприятный. Основные жалобы больных сводятся к болям в области сердца, сердцебиению, перебоям, слабости, вялости. Часты повышение температуры, бледная окраска кожи. Размеры сердца увеличены, наблюдается ослабление и глухость тонов, слышен мышечно-функциональный систолический шум, нередки нарушения ритма сердцебиений. Имеются характерные изменения электрокардиограммы, рентгеновской картины. Обычно кровообращение не нарушается.

Инфекционно-аллергический миокардит имеет острое, подострое, но чаще всего затяжное и хроническое течение. Проводимое лечение оказывает положительный эффект. Лечение миокардитов проводят в специальных кардиоревматологических стационарах. Медикаментозное лечение, направленное на снижение признаков воспаления и соответствующих изменений в сердечной мышце, необходимо проводить под контролем врача.

Специальных мер профилактики миокардитов не существует. Лечение инфекционных болезней, снижение аллергии, соблюдение во время болезни постельного режима, рациональный режим после перенесенного гриппа, энтеровирусных инфекций служат мерами предупреждения миокардита.

Практически важно соблюдать режим дня и правила ухода за ребенком, перенесшим миокардит. В большой мере они зависят от того, какой был по выраженности и тяжести перенесенный миокардит. Занятия спортом для таких детей должны быть исключены, однако занятия физкультурой (уроки физкультуры) разрешаются через 6 месяцев или через год после стихания всех признаков заболевания. Утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная физкультура под контролем специалиста проводится в легких и среднетяжелых случаях систематически. Важно соблюдать правильный режим дня, чередовать нагрузки с отдыхом, как можно больше быть на свежем воздухе.

Врожденные пороки сердца. Различные дефекты развития сердца во внутриутробном периоде после рождения проявляются в форме врожденных пороков. Эти пороки обнаруживаются уже при рождении ребенка и бывают самой различной формы. В развитии их какую-то роль может играть наследственность, однако ни механизмы ее действия, ни степень ее влияния не установлены. Наблюдениями последних десятилетий выявлено, что в ранние сроки беременности, когда только формируется сердце у ребенка, представляют опасность в смысле развития пороков вирусные инфекции, грипп, краснуха, перенесенные матерью. Придается значение алкоголизму родителей, профессиональным вредностям, отравлениям химическими соединениями, родственному браку.

Самочувствие и состояние ребенка с врожденным пороком сердца может оставаться вполне удовлетворительным в течение многих лет и даже всей жизни. Это касается отдельных форм, когда в перегородке или клапанах сердца

имеется дефект небольшого размера и, по существу, нарушения кровообращения не наступает. Так бывает при небольших дефектах межжелудочковой, межпредсердной перегородки, незаращении общего артериального (боталлова) протока, пролапсе митрального клапана и некоторых других видах врожденных пороков. Однако эти же пороки при изменении размеров дефекта могут проявиться на любом этапе жизни ребенка, вызывая плохое самочувствие и приводя к нарушению общего состояния. В этих случаях важно вовремя установить размеры дефекта и, не дожидаясь ухудшения состояния или же при первых признаках нарушения кровообращения, своевременно провести оперативное лечение.

Указанные выше формы врожденных пороков сердца относят к порокам «бледного» типа, т. е. к сравнительно благоприятным, когда не происходит большого смешения артериальной (алой) крови с венозной (темной). Различают еще «синий» тип пороков, который бывает обусловлен грубыми изменениями анатомического строения сердца (например, когда аорта отходит от правого желудочка вместо левого и, наоборот, легочная артерия — от левого желудочка, когда в норме она отходит от правого). Различные сочетания врожденных аномалий развития (два, три порока и более) отражаются на развитии ребенка и приводят к нарушению кровообращения. Диагноз врожденного порока сердца в зависимости от типа и формы его ставится при осмотре специалистом. Иногда для этого требуются специальные исследования. Наблюдения показали, что некоторые формы врожденных пороков сердца протекают в осложненной форме, когда сердце, его внутренняя оболочка (эндокард) воспаляется. Понятно, что это еще больше ухудшает состояние больного, дальнейший прогноз .

В настоящее время в области хирургического лечения пороков сердца достигнуты значительные успехи. Важно не упускать сроки для операции, так как сердце может переутомиться и, кроме того, могут присоединиться другие осложнения.

Профилактика врожденных пороков сердца сводится к устранению влияния вредных факторов на организм женщины в период беременности: это правильный режим дня, отдыха, полноценное питание, исключение переутомлений, переохлаждений, психических перенапряжений, ограждение от вирусных инфекций, ограничение или полное исключение лекарств и других химических препаратов.

3*

Профилактика осложнений врожденных пороков сердца у ребенка сводится к организации правильного режима дня и двигательного режима: общеоздоровительные мероприятия и умеренные физические нагрузки (игры, утренняя гимнастика), исключение перегрузок. Дети с «бледными» пороками посещают школу, но освобождаются от уроков физкультуры (рекомендуется лечебная физкультура).

Наблюдение у кардиоревматолога, тщательное лечение кариозных зубов и других очагов инфекции позволяет сохранить здоровье детей с врожденными пороками сердца до и после операции.

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Заболевания мочевыводящих путей часто возникают в детском, некоторые из них — в раннем детском возрасте. При несвоевременном выявлении и лечении эти заболевания могут принять хроническое течение и повлечь тяжелые осложнения. Поэтому важно, чтобы родители были знакомы с наиболее часто встречающимися формами заболеваний почек и мочевыводящих путей, их причинами и основными проявлениями.

Для лучшего представления о заболеваниях почек необходимо знать наиболее общие сведения об анатомии, строении и функции органов мочевыводящей системы.

Почки — парный железистый орган, располагающийся в поясничной области, на задней стенке живота, на уровне XII грудного и I—II поясничных позвонков, а у новорожденных и детей раннего возраста — на уровне XI—XII грудных и II—III поясничных позвонков. Вес одной почки около 150 граммов.

Почка имеет бобовидную форму, покрыта оболочкой — паренхимой. Паренхима состоит из двух слоев — коркового и мозгового. Корковый располагается на периферии почки, а мозговой находится внутри и представлен отдельными дольками.

Мозговое и корковое вещество почек содержит большое количество канальцев и кровеносных сосудов и составляет структурную единицу почки, называемую нефроном.

В нефронах происходит процесс мочеобразования. Несмотря на небольшие размеры, почки выполняют чрезвычайно важную и поистине титаническую работу. Достаточ-

но сказать, что за сутки они пропускают около 1500—2000 литров крови. Интенсивность кровообращения почки раз в двадцать больше уровня кровообращения большинства других органов. Чем это объяснить?

В процессе жизнедеятельности организма в различных тканях происходит распад белков, жиров и углеводов. При этом образуются соединения, называемые конечными продуктами обмена веществ. Эти неусваиваемые продукты обмена, прежде всего белкового обмена (так называемые азотистые шлаки — мочевина, креатинин и др.), переходят в кровь и выводятся из организма через почки.

Работа почек меняется в зависимости от количества выпитой жидкости, физической нагрузки, изменения химического состава крови, условий внешней среды и т. д. Наряду с этим в почках образуются вещества, играющие очень важную роль в регуляции артериального давления, в кроветворении, процессах свертывания и противосвертывания крови. Деятельность почек регулируется нервной системой.

Образовавшаяся в почках моча поступает в почечные лоханки и затем переходит в мочеточники.

Мочеточники напоминают трубки, которые спускаются вниз по задней стенке живота, заканчиваются в мочевом пузыре. Емкость мочевого пузыря у новорожденного не более 50 миллилитров, но постепенно она увеличивается: к 3 месяцам — до 100, к 1 году — до 200, а к 10 годам — до 800 миллилитров, однако одномоментное накопление такого количества мочи происходит только при нарушении функции мочевого пузыря. Обычно ребенок выделяет мочу большими или малыми дозами 6—7 раз в сутки. У новорожденных детей раннего возраста отмечается более частое мочеиспускание (до 10—20 раз).

Нормальный цвет мочи — соломенно-желтый. Насыщенность его зависит от концентрации мочи. Некоторые лекарственные и пищевые вещества могут изменить цвет мочи. Например, при приеме амидопирина моча окрашивается в розовый цвет, пургена — в малиновый, свеклы — в красный, при употреблении ревеня и сенны — в коричневый цвет.

У детей могут встречаться пороки развития почек и мочевых путей. Они нередко создают условия для возникновения воспалительных болезней мочевой системы. Именно врожденные дефекты развития мочевой системы составляют значительную часть урологических заболеваний у детей.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Аномалии мочевыводящих органов составляют более 1/3 всех врожденных пороков развития человека. Все виды пороков развития мочевыводящих систем часто приводят к нарушению выделения мочи, чрезмерному расширению путей мочевой системы. Нередко наблюдается обратный заброс мочи из мочевого пузыря в мочеточники и лоханки (пузырно-мочеточниково-лоханочные рефлюксы). Во всех этих случаях создаются условия для быстрого размножения болезнетворных микробов и вследствие этого происходит развитие воспалительного процесса в мочевых путях и в почках (пиелонефрит). Своевременное выявление пороков развития мочевыводящей системы позволяет иногда вовремя провести операцию, устранить препятствия к оттоку мочи, ликвидировать или уменьшить обратный заброс мочи и тем самым уменьшить или ликвидировать воспалительный процесс.

Наряду с этим люди с некоторыми аномалиями органов мочевыводящей системы (например, удвоение почки) в течение многих лет могут жить полноценной жизнью, не подозревать о том, что у них имеется порок развития. Среди аномалии развития почки довольно часто встречается неправильное положение почек с рождения — дистопия почек. Иногда почка может располагаться не в брюшной полости, а значительно ниже — в области малого таза.

Почки у здорового человека обладают нормальной физиологической подвижностью. Во время вдоха они смещаются на 3—5 сантиметров книзу, во время выдоха вновь поднимаются вверх. Но иногда почка выходит из своего места и опускается на 10—15 сантиметров, достигая малого таза.

Нефроптоз — опущение почки — одно из наиболее часто встречающихся урологических заболеваний. Возникновение его часто обусловлено тяжелой физической работой, травмой почки, большой потерей веса.

Основным симптомом нефроптоза являются боли, которые могут ощущаться не только в поясничной области, но и в области живота. Почечная колика, повышенное выделение с мочой белка, красных и белых телец крови — это признаки возникших нарушений в подвижной почке (чаще всего это пиелонефрит, гидронефроз, артериальная гипертония, кровотечение из почки). Иногда появление симпто-

мов пиелонефрита или повышенного артериального давления может служить первым клиническим признаком нефроптоза.

Лечение нефроптоза может быть консервативным (неоперативным) и оперативным. Консервативное лечение в основном заключается в применении бандажа. Бандаж изготовляется индивидуально; больные должны надевать его утром в горизонтальном положении, до того как встать с кровати, на выдохе. Ношение бандажа следует сочетать с гимнастическими упражнениями для укрепления мышц живота и усиленным питанием у ослабленных детей для увеличения слоя жировой ткани вокруг почки.

Оперативное лечение заключается в «подшивании» почки (нефропексия), которое возвращает почку в нормальное положение.

К аномалиям также относятся полное и неполное удвоение почек, подковообразная почка, уменьшенная в размерах (гипоплазированная) почка, наличие препятствий при лоханочном отделе мочеточников, которые являются предрасполагающим фактором и для развития пиелонефрита.

Встречаются пороки развития со стороны почечных сосудов — добавочный сосуд, сужение почечной артерии и другие, приводящие к развитию артериальной гипертонии, появлению пиелонефрита и другим осложнениям.

НОЧНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ (ЭНУРЕЗ)

Ночным недержанием мочи называют непроизвольное мочеиспускание во сне. Частота этого заболевания колеблется в пределах 6—18%.

В возрасте до 2 лет ночное недержание мочи является физиологическим, но позже должно рассматриваться как заболевание. У мальчиков энурез встречается чаще, чем у девочек.

Ночное недержание мочи — тяжелое заболевание, однако своевременно начатое лечение в большинстве случаев приводит к выздоровлению.

Методы лечения названного заболевания включают применение лекарственных средств и специальных аппаратов.

В тех случаях, когда энурез обусловлен каким-либо патологическим явлением в организме, лечат основное заболевание.

Лечение ночного недержания мочи специальными аппаратами основано на том, что непроизвольное выделение

первой порции мочи во время сна ведет к немедленному пробуждению больного и прерыванию непроизвольного мочеиспускания.

Правильное воспитание детей с раннего возраста, их нормальное физическое развитие являются залогом профилактики энуреза.

В практике лечения детей большое место занимают воспалительные заболевания почек. К ним относятся: гломерулонефрит, пиелонефрит, метаболические и медикаментозные поражения почек.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Гломерулонефрит или нефрит — двустороннее воспаление почек с преимущественным поражением сосудов клубочков. Заболевание носит аллергический постинфекционный характер.

Болезнь часто возникает вскоре после ангины, скарлатины. В последние годы довольно часто развитию гломерулонефрита предшествуют вирусные инфекции. В возникновении гломерулонефрита имеют значение и такие факторы, как переохлаждение.

О наличии связи между ангиной и некоторыми заболеваниями внутренних органов упоминается в рукописях глубокой древности.

Под влиянием различных неблагоприятных факторов снижаются защитные силы организма, вследствие чего «равновесие» между микробами и защитными силами организма нарушается и «перевес» берут микробы.

Через определенный срок (спустя 2—3 недели) после перенесенной инфекции может возникнуть острый нефрит, который затем может перейти в хронический. Формированию болезни способствуют различные воздействия, ослабляющие организм: охлаждение, переутомление, травма.

В типичных случаях у ребенка внезапно появляется одутловатость лица, отеки на лице, под глазами. Отеки могут быть весьма значительными, распространяться по всему телу и в полостях. Уменьшается количество мочи. Ребенок жалуется на недомогание, головную боль, могут быть тошнота, рвота. Одновременно меняется окраска мочи, она приобретает цвет мясных помоев из-за наличия в ней большого количества белка и красных кровяных телец. Нередко развивается артериальная гипертония. Следует указать, что не всегда наблюдается описанная яркая клиническая кар-

тина заболевания. В некоторых случаях меняется только цвет мочи, отеков и гипертонии может не быть. Иногда заболевание развивается исподволь и случайно выявляется только при исследовании мочи. Выздоровление от острого нефрита может наступить через несколько месяцев, иногда к 11—12-му месяцу от начала. При сохранении проявлений болезни больше одного года подозревают переход в хронический гломерулонефрит. К этому периоду может сохраниться один из симптомов нефрита или сочетание их.

Гломерулонефрит — серьезное заболевание, требующее лечения только в стационаре, желательно в специализированном отделении. Иногда родители, дети которых раньше болели нефритом, прибегают к средствам, которые врач назначал в предыдущих случаях заболевания. Между тем нефрит не всегда протекает одинаково.

Лечение нефрита проводится с учетом общего состояния детского организма. Заболевшего ребенка необходимо уложить в постель до ликвидации внепочечных проявлений и улучшения анализов мочи и крови. Обычно период постельного режима длится не менее 3—4 недель. Затем назначается щадящий режим почти на весь период болезни.

В первые дни заболевания при выраженном снижении мочевыделения, отеках рекомендуется разгрузочная диета (разгрузка от белка и соли). Назначают сахарно-фруктовый день. Однако ребенок не должен голодать. Голод извращает обменные процессы в организме и может способствовать накоплению в крови азотистых шлаков. В связи со значительной интоксикацией в первые дни болезни аппетит больного резко снижается и ребенок отказывается от разгрузочных диет. Поэтому наиболее ценная «разгрузка» достигается назначением различных каш с молоком, маслом, хлеба, вегетарианских супов, различных блюд из овощей, варенья, меда, фруктов, ягод по вкусу ребенка.

Молоко, сметана, кефир, масло (сливочное, растительное), сахар (углеводы) не ограничиваются. При резком снижении мочевыделения врач иногда запрещает употребление фруктов, овощей. В таких случаях можно дать больному несколько замороженных масляных шариков. Пища, включая хлеб, готовится без добавления поваренной соли. Такая диета способствует быстрому исчезновению отеков, снижению артериального давления. Объем употребляемой жидкости в активной фазе нефрита врач определяет в зависимости от количества выделенной накануне суточной

мочи, с учетом внутривенных вливаний (если они проводятся по показаниям).

Дальнейшее расширение диеты — включение соли и белоксодержащих продуктов (мяса, рыбы, творога) при остром нефрите или после обострения хронического нефрита решается врачом индивидуально.

Назначение врачом лекарственных препаратов также определяется в зависимости от формы и тяжести болезни.

После выписки из стационара ребенку не рекомендуются занятия физкультурой в общей группе. Запрещены купания в открытых водоемах, длительное пребывание на солнце. Все профилактические прививки противопоказаны.

При любой форме и любом течении нефрита дети подлежат диспансерному наблюдению. Частоту наблюдения определяет врач-нефролог индивидуально.

Поскольку причиной обострения нефрита в большинстве случаев являются респираторные вирусные заболевания, особенно важно оберегать от них, а в случаях заболевания — своевременно информировать врача.

Дома необходимо неукоснительно соблюдать предписанную врачом диету. Приготовление диетического питания в домашних условиях требует знания некоторых его особенностей.

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ПИЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Невкусная и внешне малопривлекательная пища отрицательно влияет на результаты лечения. Поэтому особенно важно придать приятный вкус блюдам, входящим в часто назначаемые бессолевые диеты. Блюдам, готовящимся без соли, можно придать более удовлетворительный вкус, если к ним добавить поджаренный лук, чеснок; в бессолевой борщ можно добавлять лимонный сок, сахар, если это врачом не запрещено.

Из диетических хлебобулочных изделий следует употреблять бессолевой хлеб, ахлоридные сушки. Бессолевой хлеб готовится из пшеничной муки I и II сорта в виде батончиков весом 200 граммов и более. Тесто замешивается на молочной сыворотке, которая во вкусовом отношении маскирует отсутствие соли в хлебе.

Если врачом разрешается только вареное мясо, надо знать, как его приготовить.

Обычно в кулинарной практике для большего освобождения от экстрактных веществ мясо и рыбу большими кусками варят в кипящей воде до готовности. Однако такой метод длительного «вываривания» является не совсем правильным. При этом теряется много ценных веществ, мясо и рыба получаются невкусными. Для сохранения в мясе, рыбе питательных веществ и вкусовых качеств рекомендуется отваривание мяса и рыбы путем предварительного измельчения. Для этого мясо, освобожденное от сухожилий, костей и жира, следует нарезать поперек волокон кусочками толщиной 2 сантиметра весом 100 граммов. Рыбу нарезать поперек волокон на куски толщиной 3,5—4 сантиметра, весом 75 граммов, затем опустить раздельно в кипящую воду, мясо — на 7—10 минут, рыбу — на 3—5 минут. За это время теряется столько же экстрактивных веществ, что и при варке в течение 2 часов крупным куском. Мясо и рыбу, освобожденные от экстрактивных веществ, можно использовать как полуфабрикат для приготовления кулинарных изделий.

ПИЕЛОНЕФРИТ И ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Пиелонефрит и инфекции мочевых путей — одно из самых частых заболеваний детей разного возраста. Чаще болеют новорожденные, дети раннего, дошкольного и младшего школьного возраста.

В раннем возрасте мочевая инфекция встречается одинаково часто у девочек и мальчиков, иногда мальчики заболевают чаще. Однако с возрастом заболевание пиелонефритом отмечается чаще у девочек. Это связано с анатомическими особенностями нижних мочевых путей, создающими условия для более легкого их инфицирования.

Пиелонефрит — это неспецифический микробно-воспалительный процесс, охватывающий слизистую оболочку лоханок и ткань почек. Воспалительный процесс при инфекции мочевыводящей системы может локализоваться преимущественно в мочевом пузыре, уретре, мочеточниках, лоханке.

Цистит — воспаление мочевого пузыря — может сочетаться с пиелонефритом и может наблюдаться изолированно. В последние годы, благодаря применению инструментальных рентгенологических методов (цистоскопия, цистография) стал чаще диагностироваться цистит, что способ-

ствует правильному и своевременному лечению этого заболевания.

Непосредственной причиной пиелонефрита являются различные микробы, чаще всего кишечная палочка. Помимо бактериального фактора существенную роль играет состояние самого организма.

Предрасполагающим фактором к развитию пиелонефрита, как сказано выше, являются изменения в почках и верхних мочевых путях, часто врожденные аномалии развития.

Среди предрасполагающих факторов большое значение придается наследственности, течению беременности. В семьях, где заболевания почек сопровождаются тяжелым течением беременности, должна быть настороженность в отношении наследственного заболевания почек у ребенка.

Запоры, кишечные инфекции, ограничение подвижности ребенка, вульвиты и вульвовагиниты у девочек могут способствовать развитию мочевой инфекции. Наконец, хронический тонзиллит, частые вирусные заболевания дыхательных путей вызывают острые инфекции или обострение хронической инфекции мочевых путей.

Клиническая картина пиелонефрита у детей весьма разнообразна. Характерных признаков заболевания нет, однако тщательное клиническое наблюдение позволяет выделить определенный комплекс с некоторыми особенностями у детей различных возрастных групп.

В клинике заболевания детей раннего возраста чаще отмечаются постепенное начало, превалируют выраженные признаки общей интоксикации (вялость, бледность кожных покровов, снижение аппетита, повторные рвоты, срыгивания, стояние в весе, длительная небольшая температура с периодическими подъемами до 38—39 градусов). Как правило, определяются малокровие, увеличение печени, селезенки, дизурические расстройства в виде учащенных или редких мочеиспусканий, беспокойство или крик ребенка перед мочеиспусканием.

Большую роль в рецидировании пиелонефрита и переходе его в хроническую фазу заболевания у новорожденных и детей первых месяцев жизни играют запоздалая диагностика заболевания, выписка из стационара с изменениями в моче без дальнейшего амбулаторного лечения.

Клиника пиелонефрита у детей старшего возраста имеет четкую локальную симптоматику. Признаки болезни чаще выявляются на высоте катаральных явлений или вскоре после респираторного заболевания. У большинства боль-

ных также определяются признаки хронической интоксикации (бледность кожных покровов, тени под глазами, быстрая утомляемость, головная боль, головокружение, снижение аппетита, постоянный субфебрилитет), лабильность нервной системы (нарушение сна, раздражительность, возбудимость, сменяющаяся апатией, вялостью и др.). В зависимости от характера течения заболевания эти признаки могут быть более или менее выраженными.

Одним из признаков пиелонефрита у детей старшего возраста является болевой синдром в области почек.

Часто в раннем периоде болезни возникают дизурические расстройства, которые могут проявляться учащенным, болезненным или редким мочеиспусканием, недержанием мочи в дневное или ночное время. Степень или длительность этих явлений могут быть различны. Нередко они обусловлены органическим препятствием или динамическим нарушением в результате дисфункции мочевого пузыря и пузырно-мочеточникового соустья, явлениями цистита или уретрита. Иногда при дизурии диагностируют сужение уретры.

Отечный синдром для пиелонефрита не характерен, иногда определяется небольшая пастозность лица.

Повышение артериального давления в детском возрасте встречается редко, только при далеко зашедших стадиях хронического пиелонефрита.

Мочевой синдром при пиелонефрите у детей всех возрастных групп характеризуется умеренным повышением содержания белков, белых кровяных телец и наличием бактерий в моче, иногда отмечается незначительная гематурия. У детей раннего возраста наличие бактерий в моче может способствовать появлению лейкоцитурии.

В диагностике пиелонефрита, цистита наряду с лабораторными исследованиями мочи большое значение придается и рентгеноурологическим исследованиям (экскреторная урография, цистография и др.). Эти методы исследования для организма ребенка безвредны и не сопряжены с техническими трудностями.

Лечение пиелонефритов должно быть длительным. Только при энергичной терапии, начатой в ранней стадии заболевания, можно достигнуть хорошего лечебного эффекта. Поэтому от твердости и исполнительности родителей зависит многое.

Терапия пиелонефрита должна быть активной, комплексной, но строго индивидуальной.

В комплексе лечебных мероприятий при пиелонефрите следует учитывать режимные моменты, диету, питьевой режим, применение стимулирующего препарата, лечебных трав, медикаментозную терапию, витаминотерапию, устранение препятствий для нормального оттока мочи, нормализации деятельности толстого кишечника, санацию хронических воспалительных очагов инфекции и др.

Надо помнить, что бессистемное и необоснованное употребление лекарств приводит к нежелательным последствиям, вместо лечебного действия они могут вызвать другие, еще более тяжелые заболевания. Поэтому недопустимо прибегать к самолечению. Принимать различные антибиотики можно только по указанию врача в строго назначенных дозах.

Постельный режим показан только при острых явлениях (температура, интоксикация, дизурические расстройства, болевой синдром), но на щадящем режиме (без тяжелых физических нагрузок) ребенок должен находиться долго, пока сохраняется активность процесса. Рекомендуется дополнительный отдых, иногда по рекомендации врача — «школа на дому».

Диета при пиелонефрите у детей не имеет особых ограничений. На высоте активности процесса рекомендуют пищу с исключением соленых и острых блюд, острых приправ, жареного, копченого и пищи, вызывающей раздражение почек (мясные, рыбные, грибные бульоны), при стихании процесса — диету, соответствующую возрасту.

Хотя и не существует единой схемы лечения пиелонефрита, но до полного стихания процесса и нормализации анализов мочи необходимо продолжать непрерывную медикаментозную терапию с последующим переходом на прерывистую.

В терапии пиелонефрита широко применяют настои и отвары из лекарственных трав (зверобой, полевой хвощ, толокнянка, кукурузные рыльца, крапива, тысячелистник, мать-и-мачеха, шиповник, березовые почки и др). Благоприятное действие на работу почек оказывают также черноплодная рябина, земляника, арбузы, дыни, брусника, лимонный сок, капустный сок, обладающие антисептическим, тонизирующим, мочегонным и другими действиями. Лечебное действие их обусловлено содержанием большого комплекса разнообразных и сложных по своему химическому составу фармакологически активных веществ.

При назначении трав больному ребенку врачи обычно

исходят из основных фармакологических характеристик растений. Нередко комбинируются несколько трав в виде так называемых сборов.

Обычно не рекомендуется включать в сбор большое количество трав (больше 3—4), так как все растения содержат разнообразные химические вещества, которые могут взаимодействовать между собой.

Способы приготовления препаратов из трав указываются на упаковочных коробках. Однако надо помнить, что все сырье следует тщательно измельчать, чтобы наиболее полно извлекались действующие начала. Особенно это касается коры и корней растений. Все вытяжки из растений (настои и отвары) рекомендуется принимать в теплом виде.

Для нормализации функции кишечника и для предупреждения дисбактериоза следует назначать кислые молочные продукты.

В терапии пиелонефрита важное место отводится санаторно-курортному лечению. Оно показано детям в неактивной фазе заболевания.

Длительность диспансерного наблюдения за детьми с пиелонефритом должна быть не менее трех лет. В этот период показано устранение профилактических прививок. При рецидивирующем и латентном течении пиелонефрита диспансерное наблюдение осуществляется в течение всего периода детства.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК

В настоящее время известна большая группа заболеваний почек, проявляющихся в виде изолированного изменения мочевого осадка: гематурия (повышенное выделение с мочой красных кровяных телец), лейкоцитурия (повышенное выделение с мочой белых кровяных телец), протеинурия (повышенное выделение с мочой белка),— по клиническим данным не соответствующих признакам гломерулонефрита, пиелонефрита или пороков развития почек. Очень часто в основе почечных поражений такого рода могут лежать обменные процессы канальцевого аппарата почек. Наиболее сильным токсическим действием на почечную ткань обладают оксалаты, мочевая кислота и ее соли и другие вещества внутреннего и внешнего происхождения.

Оксалурия. В основе таких заболеваний, как оксалоз, оксалатный нефрит, лежат нарушения обмена щавелевой кислоты. Повышенное выведение оксалатов с мочой явля-

ется следствием различных нарушений в обмене веществ: аминокислотных, углеводных, белковых, пуриновых и др. Повышенное выведение с мочой оксалатов встречается как у детей, так и у взрослых. В большинстве случаев первые симптомы болезни появляются в раннем детском возрасте. Отмечена определенная зависимость между степенью повышенного выведения оксалатов с мочой и образованием мочевых камней. Клиническая картина пиелонефрита с отложением оксалатного камня характеризуется частыми приступами колик, частым болезненным мочеиспусканием и периодической гематурией. Лейкоцитурия носит стойкий характер, отмечается стойкость к антибактериальной терапии. Пиелонефрит при оксалурии без отложения солей протекает неотчетливо и больше напоминает гломерулонефрит, чем пиелонефрит. У больных с оксалурией могут наблюдаться явления дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта, выражающиеся в болевом синдроме, рвоте,

УРИКОПАТИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Мочекислые, уратные нефропатии и мочекислый уролитиаз — болезни, являющиеся следствием нарушения обмена мочевой кислоты.

Возникают они остро при вторичных нарушениях обмена пуринов и обусловлены воздействием натриевой соли мочевой кислоты на почечную ткань.

Нарушение обмена мочевой кислоты — довольно частое явление, оно может быть врожденным и приобретенным. Наследственное повышение уровня мочевой кислоты в крови и, следовательно, выделение ее с мочой чаще наблюдается в семьях, члены которых страдают подагрой.

Поражение почек при повышенном выведении мочекислых солей с мочой связывают с отложением натриевой соли мочевой кислоты в мозговом слое почек, особенно на верхушках сосочков, т. е. в тех отделах почек, которые ответственны за концентрацию мочи. Во время концентрирования мочи образуется перенасыщенный раствор натриевой соли мочевой кислоты, который дает осаждение урата натрия в мозговом слое коры почек.

Клинические признаки поражений почек солями мочевой кислоты обнаруживаются редко. Заболевание проявляется в периодически возникающих протеинурии, незначи-

тельной гематурии, снижении концентрационной функции почек, почечной колике, болях в пояснице, обнаружении в мочевом осадке кристаллов мочевой кислоты. Повышенное выведение мочекислых солей чаще встречается у тучных детей.

Нередко уратные поражения почек осложняются пиелонефритом.

При некоторых витаминных нарушениях в организме также возникает предрасположенность к образованию мочевых камней с последующим присоединением мочевых инфекций. Так, при повышенном поступлении в организм витамина Д увеличивается всасываемость кальциевых солей в желудке, повышается содержание кальция в крови, которое, в свою очередь, существенно влияет на фосфорно-кальциевый обмен. А нарушение фосфорно-кальциевого обмена может привести к камнеобразованию.

Недостаточность витамина А в пище способствует развитию воспалительных процессов в мочевых путях, а в последующем и камнеобразованию.

Роль других витаминов в развитии болезней почек малозначительна. Однако допускается возможность синтеза щавелевой кислоты из аскорбиновой, а степень кристаллизации оксалатов пропорциональна концентрации щавелевой кислоты, следовательно, можно думать, что перенасыщение организма аскорбиновой кислотой может способствовать оксалурии.

Таким образом, такие, казалось бы, безобидные препараты, как витамины, могут вызвать изменения со стороны почек. Поэтому еще и еще раз следует помнить, что без назначения врача нельзя применять лекарственные средства.

При метаболических поражениях почек, т. е. поражениях в результате нарушения обмена веществ, не существует специальных методов лечения, кроме ограничения в диете. В зависимости от формы обменного нарушения показаны ограничения различных продуктов питания. Так, при оксалурии следует ограничить какао, шоколад, щавель, петрушку, крепкий чай.

Наиболее распространенными мероприятиями при лечении оксалурии являются те, что направлены на предупреждение кристаллизации щавелевой кислоты и улучшение их растворимости. С этой целью чаще применяют следующие лекарственные препараты: окись магния, витамин B, метиленовую синь, фитин, бензоат натрия.

При уратурии показана молочно-растительная диета,

способствующая ощелачиванию мочи, так как основным способом предупреждения образования и растворения мочекислых камней считается применение средств, ощелачивающих мочу. Из рациона следует исключать сардины, почки, мозги, печень, паштет, сельдь, какао, мясные бульоны. Мясо употребляется в вареном виде и преимущественно в первой половине дня. Наиболее благоприятными продуктами питания при уратурии являются крупы, фрукты, яйца, рис, молоко, овощи, картофель.

При лечении больных уратурией придается большое значение применению слабоминерализованных вод. Минеральные воды курортов Ессентуки (ессентуки № 20), Железноводска, Пятигорска, Трускавца благоприятно действуют на больных.

Следует помнить, что суточный диурез также играет немаловажную роль в кристаллизации солей. Самый простой и безопасный путь предупреждения развития камней у таких больных — употребление 150—200 миллилитров жидкости перед сном. Это уменьшает риск выпадения кристаллов.

Все заболевания почек, связанные с нарушением обмена цистина (аминокислота), очень плохо поддаются общепринятым методам лечения. Для успешной терапии цистиновых поражений почек у детей необходимо проводить лечебные мероприятия, направленные на уменьшение концентрации и выделение с мочой цистина. Учитывая, что основным источником цистина в организме является метионин, рекомендуется использовать диету с ограничением творога, рыбы, сыров, грибов.

Максимальное выведение цистина наблюдается в вечерние и ночные часы, поэтому животные белки предлагается назначать в первую половину дня, до обеда, вводя второй завтрак.

При нарушении обмена триптофана (аминокислота) больным рекомендуется диета с ограничением яиц, рыбы, творога, сыра.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК

В связи с общедоступностью многих лекарственных препаратов (антибиотики, сульфаниламиды и др.) часто детям дают их без достаточного основания и рекомендации врача, что может привести к медикаментозному поражению почек.

С первых лет внедрения в лечебную практику сульфаниламидных препаратов и некоторых антибиотиков известно их побочное действие на почки. Длительное или частое применение этих лекарственных препаратов в некоторых случаях приводит к развитию нефрита у ребенка.

Клинически лекарственный нефрит выражается одной из форм первичного гломерулонефрита и характеризуется теми же признаками. В отличие от гломерулонефрита у детей обычно отсутствует гипертония.

Лечение и профилактика медикаментозных поражений почек заключается в немедленном прекращении приема препарата, вызвавшего заболевание. Кроме того, следует принимать вообще любые лекарственные препараты только по назначению врача.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Пневмония (воспаление легких) — это воспалительный процесс в тканях легкого, возникающий как самостоятельная болезнь или как проявление или осложнение какого-либо заболевания, чаще всего гриппа, кори, коклюша и др. В последние годы выявлено, что причина развития острой пневмонии заключается в сочетанном взаимодействии двух и более видов микробов или вирусов. Возникновению пневмонии способствуют и неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, нарушение режима питания, а также рахит, гипотрофия, гиповитаминоз, экссудативный диатез и др.

Воспаление легких чаще сопутствует гриппу или катару верхних дыхательных путей, поэтому резко возрастает в холодное время года. Известную роль играет простуда: при переохлаждении в органах дыхания создаются благоприятные условия для размножения болезнетворных микроорганизмов. Источником инфекции часто бывает человек, больной гриппом или респираторным заболеванием. Следует помнить, что иногда очень незначительные, малосимптомные и даже вовсе незаметные признаки болезни верхних дыхательных путей (так называемая амбулаторная форма) для детей раннего возраста бывают очень опасны. При легком кашле, чихании, громком разговоре и даже при обычном дыхании такого больного в воздух попадают мельчайшие капельки слизи, слюны, мокроты, в которых находится микроб. Нередко эти дети заражают друг друга при совместных играх, посещении кино, театров и т. д. Защи-

щаться от заражения помогает марлевая маска, закрывающая рот и нос. Маска должна состоять из трех слоев марли и меняться каждые три часа.

Чтобы уберечь ребенка от острой пневмонии, нужно не допускать контакта с больными простудными формами заболевания и пневмонией.

С момента заражения до появления первых признаков болезни проходит от двух до семи дней. За это время микробы размножаются в дыхательных путях. Часто началу воспаления легких предшествуют признаки простуды: незначительно повышается температура тела, появляется заложенность, затем слизистое отделяемое из носа, покашливание, покраснение горла и слизистой глаз. Через 2—4 дня признаки простуды — респираторного заболевания могут уменьшиться или вовсе исчезнуть. Иногда острая пневмония у детей начинается без предшественников.

Воспаление у детей раннего возраста, как правило, проходит тяжело в силу особенностей строения дыхательных путей. Нос и глоточное пространство у них малы, а носовые отверстия и носовые ходы узки, поэтому вдыхаемый воздух в верхних дыхательных путях недостаточно согревается и очищается. Гортань и трахея имеют узкие просветы. Слизистая оболочка их нежная, богата кровеносными и лимфатическими сосудами; бронхи бедны эластическими волокнами, и воспалительный процесс в них развивается быстро. Легкие у маленьких детей более рыхлые, полнокровные и менее воздушные. Грудная клетка у новорожденных имеет цилиндрическую форму, что связано с более горизонтальным положением ребер. Это положение мешает ребенку делать глубокий вдох, в связи с чем дыхание бывает поверхностным.

Легкая форма острого воспаления легких встречается у детей раннего возраста редко. Признаки болезни при этом могут быть незначительными. При внимательном осмотре можно заметить повышение температуры, бледность кожных покровов, небольшую синюшность вокруг носа и рта, одышку. Внимательная мать, заметив все эти отклонения от нормы, должна обратиться к врачу. И если лечение начато вовремя, болезнь на 10-12-й день проходит. Как правило, так болеют крепкие, хорошо развитые дети. Легкая форма воспаления легких при несвоевременно начатом лечении может перейти в среднетяжелую и тяжелую формы болезни. Дети беспокойные, кожа у них бледная, отчетливая синюшность лица, развивается одышка с напряжением

крыльев носа, кашель, слабость, нарушается ритм дыхания: оно становится частым, поверхностным, нерегулярным. Температура в пределах 37,5—38,5 градуса. Продолжительность болезни при этой форме около 3—4 недель. Болезненный процесс у детей при своевременном лечении заканчивается выздоровлением. Но если лечение проводится недостаточно или не вовремя, болезнь переходит в тяжелую форму — температура у ребенка высокая, дыхание поверхностное, выражены одышка, кашель, синюшность носа, губ, ушей и ногтей. Так как дыхание ребенка очень затруднено, наступает кислородное голодание, которое ведет к нарушению всех видов обмена веществ в деятельности всех органов и систем. Иногда присоединяется гнойное воспаление плевры, мозговых оболочек. Очень тяжело болеют пневмонией недоношенные дети. Воспаление легких у них представляет большую опасность для жизни. Следует отметить, что у недоношенных детей первые признаки болезни малосимптомны и слабо выражены. Дети в это время отказываются от груди, синеют во время кормления, не прибавляют в весе. Учащается дыхание, появляется пенистая жидкость на губах. Ребенок становится вялым, бледным, сонливым или, наоборот, возбужденным. Температура тела может оставаться нормальной. Если лечение больного не начато своевременно, состояние его за 2—3 дня резко ухудшается.

В большинстве случаев воспаление легких у новорожденных детей при своевременном лечении продолжается 3—4 недели, но возможно и более длительное течение. Тяжелее и более продолжительное время болеют дети с рахитом и экссудативным диатезом. У них острая пневмония приобретает затяжное, рецидивирующее течение. Плохо переносят острое воспаление легких плохо развитые дети, ослабленные предшествующими заболеваниями, особенно дизентерией или другими кишечными инфекциями. Таких детей нужно особенно беречь от этой грозной инфекции.

Лечение ребенка, больного воспалением легких,— дело трудное. Если ребенок заболел воспалением легких, его нужно немедленно изолировать от других детей и вызвать врача на дом. При лечении необходимо выполнять определенные условия, назначенные врачом, быть под постоянным наблюдением медицинских работников, поэтому лечение в домашних условиях оказывается неполноценным. К тому же заболевание может прогрессировать и состояние ребенка может стать очень тяжелым и даже угрожающим. Позд-

нее помещение заболевшего ребенка в больницу резко ухудшает результаты лечения.

Предупреждение острой пневмонии следует начинать тогда, когда ребенок еще не родился. Для этого будущей матери следует остерегаться простуды, избегать встреч с людьми, имеющими признаки респираторного заболевания. Беременной женщине необходимо увеличить количество потребляемых витаминов, избегать приема лекарств, чаще бывать на свежем воздухе. Чтобы предохранить ребенка от заболевания, нужно следить за его правильным развитием и обеспечить ему хорошее, полноценное питание.

Единственным видом естественного и физиологического питания для грудных детей первых 5—6 месяцев жизни является материнское молоко. Но со 2-го месяца малышу надо дополнительно давать фруктовые и овощные соки и рыбий жир. После 5—6 месяцев дают прикорм. Обычно прикорм начинают с овощного пюре. Если ребенок к нему не приучен, можно его давать вместе с жидкой манной кашей, каждый день увеличивая объем. К 6 месяцам уже можно давать густую кашу и суп из протертых овощей. В 8 месяцев ребенок может получать грудное молоко 3 раза и прикорм 2 раза в день. В это время можно давать белый сухарь, яйца, мясной фарш, начиная с 1—2 чайных ложек. При искусственном вскармливании ребенку следует давать «Балбобек» до 3 месяцев, затем — «Балдырган».

В возрасте старше 1 года наряду с молочными и мясными блюдами (кефир, простокваша, молоко, бульон, котлеты) необходимо продолжать давать яйца, фруктовые, овощные и ягодные соки, кисели.

Одной из важных профилактических мер в развитии здорового ребенка является проветривание жилого помещения. В теплое время года форточки должны быть открыты весь день, в холодное время открывать форточку надо не менее трех раз в день на 1—1,5 часа каждый раз в зависимости от погоды, внешней температуры воздуха. Чтобы ребенок не болел пневмонией, закаливание надо начинать с самого раннего возраста. Лучший способ закаливания в этом возрасте — воздушные ванны при температуре воздуха не ниже 20—25 градусов тепла в комнате. Через 5—6 дней их можно начинать уже на открытом воздухе при теплой погоде, при температуре воздуха не ниже 20 градусов. Продолжительность первой воздушной ванны должна быть не более 5—6 минут. В дальнейшем их продолжительность увеличивается через каждые 2—3 дня на 10 минут и

доводится до 1—3 часов, а в летнее время — до 3—4 часов. Хорошо комбинировать ванну с обтиранием водой. Обтирание проводится следующим образом: верхнюю одежду и майку снимают непосредственно перед обтиранием. Затем надо намочить губку водой назначенной температуры (до года — 36 градусов; старше 1 года до 3 лет — 34—35 градусов; от 4 до 7 лет — 33—34 градуса) и обтереть ею грудь, спину, живот; затем энергично растереть сухой мягкой простынкой. Купание в море или реке можно начинать при температуре воздуха не ниже 24 градусов и температуре воды не ниже 23 градусов. Детям, привыкшим к купанию, можно разрешить купаться при температуре воды не ниже 20 градусов. После купания ребенка необходимо насухо обтереть и одеть, затем он должен отдохнуть в тени около 10—15 минут.

Как было выше сказано, при несвоевременном и недостаточном лечении острая пневмония может перейти в затяжную форму. Для предупреждения подобного осложнения ребенок с острой пневмонией должен получить кроме медикаментозного лечения обязательно физиотерапию, т. е. лечение глубоким прогреванием электрическим током, вдыханием лекарственных веществ. Кроме того, в комплекс лечения болезни включается лечебная физкультура, дыхательная гимнастика, массаж. Все это обычно осуществляется в условиях детской больницы или детского отделения. Ребенок, перенесший острую пневмонию, обязательно наблюдается участковым врачом в течение 1 года (в первые 3 месяца — каждый месяц, затем 1 раз в квартал). Если за это время болезнь полностью не излечивается, то ее можно считать затяжной пневмонией с переходом в хроническую форму.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ТРАВМ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ У ДЕТЕЙ

В природе и человеческом обществе нет ничего более противоестественного, чем гибель ребенка от травмы. Тем не менее статистика показывает, что в течение последних 15—20 лет именно травмы в перечне всех болезней находятся на первом месте как причина смерти детей в возрасте от 1 до 15 лет. Нередки травмы и у детей грудного возраста.

Тяжелые повреждения позвоночника и органов движения, глаз, головного мозга в настоящее время являются основной причиной инвалидности людей с детского возраста на всю жизнь. Такое положение, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), отмечается во всех промышленно развитых странах. В СССР работают межведомственные комиссии по профилактике детского травматизма, большое внимание уделяется этому вопросу в санитарно-просветительной работе учреждений здравоохранения и общественных организациях. Улучшение охраны здоровья детей — постоянная забота партийных и советских органов. В профилактике отдельных видов детского травматизма, например автотравматизма, за последние годы достигнуты несомненные успехи. Количество этих травм не увеличивается на фоне увеличения единиц автотранспорта и детского населения.

За 20 лет сотрудниками кафедры детской хирургии Алма-Атинского государственного медицинского института проанализированы 38 000 стационарных и более 120 000 амбулаторных больных с травматическими повреждениями. На основании этого опыта работы возникла необходимость осветить причины детских травм и дать научно обоснованные рекомендации по сокращению числа повреждений у детей.

Почему же детский травматизм в настоящее время занимает первое место среди всех болезней как причина смерти детей старше одного года и как главная причина инвалидности с детства и на всю жизнь? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо осветить несколько аспектов проблемы детского травматизма и развития охраны здоровья детей.

Педиатрия за послевоенные годы (начиная с 1946) добилась значительных успехов. Практически ликвидированы такие грозные детские инфекционные заболевания, как натуральная оспа, дифтерия, коклюш, полиомиелит и другие, значительно снижены острые кишечные заболевания, корь, ветряная оспа и т. д. Появились новые средства (антибиотики, сульфаниламидные и другие препараты) и методы (интенсивная терапия, реанимация) лечения воспаления легких, брюшного тифа, инфекционного гепатита и других болезней. Успехи педиатрии во многом обусловлены улучшением условий жизни всего советского народа и являются прямым следствием политики нашей коммунистиче-

ской партии по повышению народного благосостояния, его образовательного и культурного уровня.

Причины повреждений тела, головы, костей, внутренних органов у детей различны, так же как и ситуации, при которых дети получали травмы. Порой может показаться, что предупредить детский травматизм очень трудно. Но если родители, а также взрослые, занимающиеся воспитанием детей, будут знать некоторые особенности поведения детей разного возраста, будут представлять себе наиболее типичные ситуации, при которых дети получают травмы, и будут стремиться предупреждать возникновение этих ситуаций, то детского травматизма будет меньше.

В возникновении травм у детей и в их исходах определяющее значение имеют психическое (умственное) развитие и анатомо-физиологические особенности различных возрастных периодов в росте ребенка, внимание к нему со стороны родителей, их воспитательное воздействие и личный пример. В связи с этим считаем целесообразным осветить наиболее типичные ситуации, которые отмечены у детей как причина травм в зависимости от возраста.

Травмы в родах, т. е. родовые повреждения, составляют отдельную главу патологии новорожденных, подробное освещение которой не является нашей задачей, но в плане профилактики этого вида травматизма у детей можно отметить, что черепно-мозговые и другие повреждения плода в родах часто ведут к инвалидности на всю жизнь. Их профилактика заключается в своевременном обращении беременной в женскую консультацию (в возможно ранние сроки беременности) для полноценной подготовки к родам. Большое значение имеет квалификация и мастерство акушера-гинеколога.

Травмы у детей в возрасте от нескольких дней до 10 месяцев связаны с дефектами ухода за грудными детьми. Чаще всего травмы являются результатом падения детей из детской коляски или из рук родителей, с пеленального стола, с кровати. При этом почти всегда ребенок ударяется об пол головой. Происходит это потому, что соотношение величины отдельных частей тела ребенка отличается от такового у взрослых. В частности, голова новорожденного составляет 25% длины его тела, а у взрослого человека — 5%, т. е. у новорожденных и грудных детей голова относительно тела больше, чем у взрослого, в 5 раз и поэтому при падении всегда страдает. Нужно учитывать, что головной мозг ребенка в возрасте до 1 года мало дифференцирован.

Многие его центры развиваются, совершенствуются, а травма грубо, механически нарушает этот процесс. Часть клеток наиболее важного для жизни отдела центральной нервной системы — коры головного мозга — погибает, это несомненно отражается на последующей дифференциации центров психической деятельности (памяти, зрения, слуха, речи и т. п.), движения (всех конечностей, всех мышц тела) и регуляции функции внутренних органов (сердца, легких, печени, кишечника и т. п.). У каждого второго грудного ребенка, осмотренного в нашей клинике по поводу падений, отмечена гематома, т. е. кровоизлияние под кожу головы, а на рентгенограмме был виден перелом одной или двух костей черепа. От описанных травм (падение из коляски, со стола, с кровати, из рук родителей) несколько грудных детей погибли.

Другой вид травм, наиболее часто встречающийся у грудных детей,— ожоги горячей жидкостью. Возрастные особенности грудных детей по сопротивляемости ожоговой травме заключаются в том, что кожа у них очень тонкая и ожог может возникнуть не от кипятка, а от горячей жидкости значительно более низкой температуры. Защитная противомикробная функция кожи ребенка при ожоге нарушается и микробы поступают в межтканевую жидкость и кровь. Очистительная, бактерицидная функция крови, ее способность бороться с микробами у грудных детей значительно менее выражена, чем у человека в расцвете сил, это часто приводит к размножению микробов, проникших в кровь, т. е. к развитию заражения крови — сепсису. Известно, что в зависимости от площади пораженного участка кожи и глубины ожоговой раны возникает ожог или ожоговая болезнь. У грудных детей ожоговая болезнь развивается даже при ране, занимающей 3% поверхности кожи, и глубине ожога II—III степени (т. е. при небольшой глубине). Причиной ожога обычно является случайное опускание детей в ванну для купания, в которой забыли разбавить горячую воду холодной, случайное обливание детей горячей водой из кувшина после купания. Ребенок в возрасте 4—6—8 месяцев сидит на руках у матери, потянулся к чайнику, стакану или чашке с горячим чаем и опрокинул сосуд на себя, в возрасте 10 месяцев, начав ходить, пришел на кухню и перевернул на себя чайник с газовой плиты. При подмывании ребенка мать торопилась и не дождалась устойчивой температуры воды из крана смесителя в ванной комнате. Вода в горячей трубе была без движения и охла-

дилась. Пришлось открыть кран горячей воды очень сильно, холодной поменьше и вода из смесителя текла чуть теплая. Пока ребенка помещали под кран, из крана пошла очень горячая вода, в результате — глубокий ожог промежности. Некоторые дети грудного возраста получили травму в автокатастрофах и при падении на землю вместе со взрослыми (гололед и т. п.). Несколько пострадавших получили тяжелую травму во время ссоры родителей, когда ребенку случайно был нанесен удар, предназначенный матери или отцу.

Опасна для жизни в этом возрасте также аспирация пищи при неправильном кормлении, т. е. такое состояние, когда молоко или другая пища попадает в дыхательные пути.

В возрасте от 1 года до 3 лет ребенок начинает изучать окружающий мир. Словесных указаний родителей по своим психологическим возможностям он еще не понимает, часто падает на бегу, не может рассчитать свои силы, главное, не может, как взрослый, предвидеть ситуацию, опасную для жизни, чреватую возможной травмой, не понимает, что ему может быть больно вследствие естественных своих движений, стремления познать предметы, которые его окружают. Наиболее частой травмой в этом возрасте остаются ожоги горячими жидкостями. Ребенок опрокидывает на себя сосуды с горячей водой (стакан, чашку, чайник, кастрюлю) или падает в таз с водой, приготовленной для стирки, или другие емкости с жидкостью. Поражение кожи бывает очень сильным. Тяжесть ожоговой травмы в этом возрасте определяется теми же анатомическими и физиологическими особенностями, что и в возрасте до 1 года. Ожоговая болезнь у детей от 1 года до 3 лет может развиться при поражении 3—5% поверхности тела. Она угрожает жизни пострадавшего. Распространенные или глубокие ожоги кожи могут вызвать грубые обезображивающие рубцы, а также ограничение движений шеи, конечностей, что ведет к инвалидности, требует сложных операций, длительного лечения. Ребенок страдает от боли, а впоследствии — от ограничения движений.

В возрасте от 1 года до 3 лет отмечены и ожоги пламенем при пожарах, от костров и т. п. Ожоги пламенем — наиболее тяжлый вид ожоговой травмы у детей, так как ожоговая рана бывает очень глубокой, требует длительного, часто оперативного лечения.

Травмы, связанные с падением на детей тяжелых пред-

метов, обычно вызывают тяжелые повреждения головы и головного мозга. Отсутствие представлений о травмоопасной ситуации в этом возрасте ведет к падению малышей из окон домов (особенно весной, в начале лета), с детской горки во дворе и т. п. Специфическим современным видом травмы в возрасте детей от 1 года до 3 лет и старше является поражение электрическим током. Дети пытаются включить электроприбор или, играя, вставляют в электророзетку ножницы, металлические заколки для волос и т. п. Электротравма может привести к немедленной гибели пострадавшего или к инвалидности вследствие дугового разряда электричества. В местах прохождения электрического тока на теле образуются глубокие ожоги, обугливание тканей, ведущее даже к ампутации пальцев или других частей конечностей.

Когда ребенок дошкольного возраста, особенно маленький, несет в руках стакан, другое стеклянное изделие или острый металлический предмет — это потенциальный инвалид.

Случайное падение, ранение, поражение осколком глаза или кисти руки с повреждением сосудов, нервов, сухожилий всегда ставит перед врачом вопрос об оперативном лечении с целью предупреждения инвалидности. Однако в определенном проценте случаев инвалидности избежать не удается. Очень часты случаи повреждения пальцев захлопнувшейся дверцей автомобиля, дверью в квартире и т. п. Иногда из-за сильного повреждения всех тканей пальца сохранение его как органа или восстановление функции становится весьма проблематичным.

В возрасте от 3 до 8 лет причин травмирования становится больше, однако падения с высоты и ожоги остаются на первом месте. Очень часты падения с деревьев, забора, из окон домов и т. п. Игра со спичками, разжигание огня, использование горючих жидкостей зачастую ведет к трагическим последствиям. Тяжелые повреждения получают дети во время игр на стройплощадках от упавших сверху предметов, строительных плит домов, падения с высоты, от электротравм, огнестрельных ранений, вызванных действующими взрыв-пакетами.

В возрасте от 7 до 9 лет наибольшее количество повреждений связано с автотравмами (23%). Наиболее частые причины их: наезд движущегося транспорта на ребенка, перебегавшего дорогу, внезапное появление ребенка на дороге из-за стоящего автобуса, автомашины, игра на про-

езжей части дороги и т. д. Автотравмы детей, как правило, неизбежны при автокатастрофах (6% от всех автотравм), при выпадении из автомобиля на ходу (6,5%). Среди причин детского травматизма автотравмы находятся на последнем месте (2—3%), однако более половины пострадавших при них погибает на месте получения травмы и почти все выжившие становятся инвалидами разной степени.

В возрасте от 7 до 14 лет количество травм постепенно снижается. Первое место занимают травмы, полученные от падения с высоты: дети падали с деревьев, заборов, сооружений игровых площадок (грибок, горка и т. д.), лестниц и других высоких доступных для игр предметов. Падения с высоты во время игры, на скользком месте (гололед, коньки, лыжи) вызывали переломы рук, ног, черепно-мозговые травмы. Падения с высоты более 1,5—2 и больше метров давали тяжелые повреждения головного мозга, ног, внутренних органов, позвоночника. Причиной этих травм у школьников часто является неисправность предметов на игровых площадках, ложный героизм, безнадзорность. В школьном возрасте нередки специфические травмы, которых вообще-то не должно быть. Это травмы, полученные на занятиях спортом гимнастами, борцами, прыгунами с трамплина, лыжниками, пловцами. Часть детей получили травмы на школьных переменах, уроках физкультуры и труда, в пионерских лагерях, а также во время работы в подшефных колхозах и на предприятиях (по школьной программе). Среди всех умерших от травм детей школьников было 50,5%.

Таким образом, для детей в возрасте до 1 года опасны падения из рук родителей и с мебели, в возрасте от 1 года до 3 лет — ожоги жидкостью (и отравления медикаментами!), от 3 до 7 лет — падения с высоты, автотравмы, ожоги пламенем и горячими жидкостями (и утопление), от 7 до 14 лет — падение с высоты, автотравма, огнестрельные ранения (и утопление).

В специальной литературе отмечено, что травмы чаще встречаются у детей из так называемых неблагополучных семей (злоупотребление алкоголем, неполные семьи). Обычно травмам чаще подвергаются подвижные здоровые дети, обладающие фантазией, энергией. Индивидуальные потребности детей в движениях различны, но взрослым необходимо помнить, что подвижные игры необходимы для

здорового ребенка, особенно для мальчиков в возрасте старше 4 лет.

Родители и работники детских учреждений, школ, пионерских лагерей должны контролировать досуг детей и так организовать его, чтобы дети были заняты спортом, различными подвижными играми или каким-либо делом, требующим внимания и физической работы.

Новорожденному должны быть созданы безопасные условия существования дома. Матери новорожденного требуется не только внимание, доброжелательность, но и время для полноценного отдыха, питания, выполнения санитарно-гигиенических процедур и ухода за грудным ребенком. Большинство травм у новорожденного связаны с переутомлением матери, ее недосыпанием, отсутствием должного внимания к ней и новорожденному со стороны отца ребенка и родственников. Грудной ребенок и обстановка вокруг него должны постоянно находиться под контролем взрослых.

Если ребенок начал ползать, стоять и ходить, взрослым необходимо исключить возможность появления у него ожогов, электротравм, падения на него тяжелых предметов и т. п. Дети склонны к импульсивным, неожиданным действиям, которые могут создать ситуацию, опасную для их здоровья и жизни, особенно на улице, на дороге. Вызывать страх у ребенка перед движущимся транспортом не следует, но необходимо настойчиво показывать ему на примере собственного поведения, как нужно переходить улицу, где можно ее переходить. Ребенок дошкольного возраста и даже школьник 3—4-го класса нуждается в неоднократном практическом изучении пути в школу и домой. Профилактика травм у дошкольников в детском саду и в школе во многом зависит от воспитания ребенка в семье, организации досуга детей дома, во дворе, в детском саду. Родители и педагогические работники детских учреждений, организуя досуг детей, обязаны вести постоянный контроль за поведением детей, их играми. Именно отсутствие целенаправленного контроля взрослых за играми детей дома, на улице, в детском саду, в школе на переменах между уроками, как показывает практика, является основной причиной детского бытового травматизма.

Профилактика автотравм у детей — это государственная проблема. Она имеет много аспектов. Улучшение организации уличного движения, строительство подземных и надземных переходов, ограждений, благоустройство остано-

вок общественного транспорта, воспитание водителей в духе безусловного выполнения правил дорожного движения, улучшение характеристик автотранспорта по его травмобезопасности являются постоянной целью работы советских и партийных органов, госавтоинспекции, милиции. Обучение правильному поведению ребенка на улице происходит независимо от желания родителей с первых самостоятельных шагов ребенка. Если однажды мать с ребенком в возрасте 2—3 лет перешла улицу на красный сигнал светофора, то у ребенка на многие годы воспитывается условный рефлекс неуважения к сигналам светофора. То же можно сказать и о перебегании улицы перед близко идущим транспортом, внезапном появлении на проезжей части дороги из-за стоящего автобуса или другого предмета, затрудняющего обзор дороги. Сюда же относится стремительное выбегание со двора на улицу вслед за мячом, другой игрушкой. Очень опасны прогулки с детьми по обочине дороги: дети могут внезапно сделать несколько шагов в сторону проезжей части и попасть под машину. В связи с увеличением количества автотранспортных средств личного пользования трудящихся увеличилось количество детей, пострадавших в автокатастрофах и выпавших из машин во время движения, получивших травму головы, рук и ног при закрывании дверей автомобиля. Водители автомашин обязаны на стоянке и особенно во время движения, перевозки детей постоянно помнить об этом и заботиться о безопасности детей.

Всемерной поддержки и активного участия взрослых требует изучение правил поведения ребенка на улице, которое внедрено в старших группах детских садов, в школьной программе, в детских автогородках мест отдыха населения.

Правила поведения на улице просты, однако в пренебрежении к ним заключены причины тяжелых, смертельных и инвалидизирующих травм у детей, наблюдавшихся нами в клинике в течение 20 лет.

Спортивный травматизм. Сочетание этих слов кажется нелогичным. Дети занимаются спортом для всестороннего развития, духовного и физического. В последние 10—15 лет начало занятий многими видами спорта сместилось на дошкольный возраст. Основной причиной спортивных травм, по нашим данным, является стремление детей выполнить какое-то спортивное упражнение, к которому они физически не подготовлены. В спорте, как и всякой другой дея-

тельности человека, необходимо неуклонное выполнение правила: от простого к сложному. Особенно это касается спортивных упражнений детей в возрасте от 7 до 14 лет, когда в организме ребенка происходит становление чувства пространства, равновесия и просто интенсивное развитие и рост элементов опорно-двигательной системы: костей, связок мышц, сухожилий. Рост этих элементов неравномерен, несинхронен, что и является причиной несогласованных сокращений мышц, превышения допустимой амплитуды движений в суставах. Нетренированные в достаточной степени мышцы в ответственный момент спортивных упражнений не выдерживают нагрузки и вместо сокращения остаются в расслабленном состоянии, что ведет к падению во время прыжков, бега и т. д. Только постепенное индивидуальное увеличение нагрузки способствует улучшению спортивного результата. Пренебрежение этим правилом кончается спортивной травмой, надолго исключающей ребенка из спортивной жизни. При работе с детьми тренеры должны учитывать физические и психические особенности детей и прежде спортивных достижений обеспечить детям безопасность занятий.

Таким образом, причиной детских травм является фактическая безнадзорность детей, за которую ответственны в большинстве случаев родители пострадавшего или организаторы занятий в детских учреждениях и спортивных секциях.

Опыт лечения детей с травмами показал, что исход травмы, гибель ребенка или наступление у него инвалидности во многих случаях зависят от действий родителей или людей, ставших свидетелями травмы.

Участники дорожно-транспортного происшествия или свидетели несчастного случая стараются быстрее доставить пострадавшего ребенка в ближайшее лечебное учреждение, считая это своим гражданским долгом. На самом деле при любой травме, тем более тяжелой, пока пострадавший находится в бессознательном состоянии или с явными признаками перелома конечности (искривление ее, отсутствие функции — ребенок не двигает рукой или ногой от боли), с затрудненным дыханием, сильной болью в животе, лишающей ребенка способности самостоятельно двигаться, необходимо оказание врачебной помощи на месте происшествия, для чего нужно вызвать по телефону именно на место травмы бригаду «Скорой помощи», которая сумеет осуществить правильную транспортировку пострадавшего в тот

стационар, который приспособлен к лечению травм у детей. Если травмированный ребенок доставляется в больницу попутным транспортом или шофером автомашины, которая сбила ребенка, то вследствие отсутствия медицинской помощи на месте травмы и по пути в стационар пострадавший может умереть от шока и кровопотери. Даже врач-специалист по лечению детских травм, оказавшись на месте происшествия, имеет меньше возможностей для оказания помощи пострадавшему, чем бригада «Скорой помощи», которая всегда располагает необходимым оснащением и медикаментами. Только вне населенных пунктов (в горах, походах, на автотрассе и т. д.) свидетелям травмы у ребенка рекомендуется оказывать помощь в виде наложения чистых повязок на раны, остановки кровотечения (давящая повязка стерильным или обычным бинтом на раны, реже — жгут), иммобилизации переломов подручными средствами или фиксацией ноги к ноге, руки к туловищу. Такой пострадавший нуждается в срочной, щадящей (не трясти при перевозке, переноске) доставке в ближайшее лечебное учреждение.

При анализе случаев смерти детей от полученных травм нами выяснено, что попутным транспортом был доставлен в стационар каждый четвертый пострадавший, что резко ухудшало состояние этих детей. Ретроспективный анализ травм, окончившихся гибелью пострадавшего ребенка, показал, что половине погибших можно было бы спасти жизнь при своевременном оказании квалифицированной помощи.

Нередки случаи инвалидности детей от переломов костей и других травм. Причиной инвалидности является позднее обращение родителей ребенка к врачу, лечение детей у костоправов — «народных врачей». Костоправы во многих селах пользуются заслуженным уважением потому, что переломы костей у детей вне области суставов вылечиваются ими быстро и относительно легко. В то же время переломы в области суставов, особенно внутрисуставные, костоправ не может вылечить, так как без рентгеновского снимка он не представляет себе вида перелома, проводит лечение традиционным методом обездвиживания. Срок, оптимальный для лечения пострадавшего ребенка, упускается, перелом срастается неправильно, что ведет к нарушению формы и подвижности в суставах руки или ноги. В связи с ростом ребенка небольшое искривление конечности может увеличиваться. Поэтому полноценное лечение переломов костей

у детей возможно только у врача-специалиста. Большинство переломов у детей происходит именно около суставов или в самом суставе, это зависит от особенности организма ребенка — кость в области суставов менее прочна, так как она растет и здесь мало прочных тканей, много кровеносных сосудов. Поэтому лечение детей с переломами у костоправов опасно тем, что ребенок может остаться инвалидом. В нашей клинике часто лечатся дети, у которых есть различные искривления конечностей, нарушены движения в суставах после лечения переломов у костоправов. Несколько лет тому назад нам пришлось дважды (по очереди каждую руку) оперировать пятилетнего мальчика Али, который приехал в Алма-Ату через 2 года после лечения у костоправа переломов обеих рук в возрасте 3 лет. У него было значительное искривление обеих рук и ограничение движений в локтевых суставах. После операции движения в локтевых суставах восстановились, но небольшая деформация осталась, хотя и появилась надежда на полное восстановление формы рук по мере роста ребенка.

При наиболее часто встречающихся у детей бытовых травмах первую помощь ему оказывают родители или родственники. Практика показывает, что часто эта помощь приносит вред пострадавшему ребенку из-за возникающей паники, стремления родственников немедленно ликвидировать боль у ребенка, оказать ему внимание, загладить перед ним и собой вину за то, что травма не была предотвращена.

Правила первой помощи пострадавшему в быту просты. Их необходимо знать всем родителям. Прежде всего необходимо понять, что случилось с ребенком, отчего он внезапно закричал, заплакал. Если ребенок облит горячей жидкостью, надо немедленно снять или срезать промокшую одежду, обувь. На обожженную поверхность (не нарушая целостности образовавшихся пузырей!) следует наложить стерильную марлю, чистый проглаженный носовой платок или другую ткань, смоченные настойкой календулы, разведенным спиртом, водкой, которые оказывают противовоспалительное и дубящее действие, благодаря чему глубина ожога ограничивается. При наиболее часто встречающемся в быту ожоге кистей рук достаточно немедленно подставить обожженное место под струю проточной холодной воды на 10—15 минут, а затем наложить стерильную повязку. Присыпать ожоговую поверхность содой, крахмалом, смазывать ее маслом, мазями, мочой, керосином, чернилами

(что часто встречается в практике) вредно. Все это только ухудшает заживление ожога. Если на ребенке воспламенилась одежда, нельзя допускать, чтобы ребенок бегал. Пламя можно погасить, накинув на него плотную ткань (одеяло, пальто и др.). Как только пламя удалось погасить, надо быстро снять с пострадавшего одежду, разорвав ее или разрезав, так как длительное пребывание в горячей одежде усугубляет ожог. Затем нужно завернуть пострадавшего в чистую, проглаженную простыню и срочно вызвать «скорую помощь». До приезда врача дать выпить ребенку крепкого, сладкого чаю или кофе, укрыть одеялом и не брать на руки, чтобы не усиливать боль.

Если произошел ожог большой площади (например, туловища, всей конечности и др.), необходимо немедленно вызвать врача «Скорой помощи», а если обожжена ограниченная поверхность, ребенка следует доставить в поликлинику. Чем меньше ребенку лет, тем тяжелее он переносит ожог. Чем раньше оказана первая помощь, тем меньше опасность попадания на поверхность ожога микробов. После ожога возможно развитие сепсиса, раневой скарлатины, рожистого воспаления.

Не занимайтесь дальнейшим лечением даже небольшого ожога — обратитесь в лечебное учреждение!

При ушибах необходимо создать покой поврежденному участку и положить на него холод (пузырь со льдом) на час с 3—4 перерывами по 20—15 минут, полотенце, смоченное в холодной воде. Этим уменьшается кровоизлияние и болезненность.

Ушиб носа может сопровождаться кровотечением. При этом нельзя разрешать ребенку сморкаться. Необходимо положить на нос ткань, смоченную холодной водой, а голову ребенка наклонить вперед (а не назад), зажав крылья носа пальцами в течение 10—15 минут. При таком положении стекающая кровь свертывается и закупоривает кровоточащий сосуд. Если кровотечение не останавливается, следует вызвать «скорую помощь» или отвезти ребенка к врачу.

Ушиб головы особенно опасен, так как могут возникнуть более серьезные, чем только ушиб мягких тканей, повреждения — сотрясение мозга, перелом костей черепа, разрыв сосудов твердой мозговой оболочки и др. Вначале может не быть достоверных признаков этих тяжелых повреждений и их не надо ждать. Немедленно уложить ребенка в постель! Обеспечьте ему покой. К голове прикладывай-

4*

те холод и вызовите врача. Если по каким-то причинам вам придется самим перевозить ребенка в больницу, уложите его на спину, а под голову положите подушку и выбирайте нетряскую дорогу. Неправильное и несвоевременное лечение повреждений черепа может привести в дальнейшем к частым головным болям, ухудшению умственных способностей и т. п.

При подозрении на перелом, вывих, подвывих, растяжение связок не делайте попыток к вправлению. Не тяните за поврежденное место — это только повредит пострадавшему. Резкая боль при этом может привести к обмороку или вызвать тяжелейшее осложнение — травматический шок. Может также усилиться кровотечение, которое происходит в глубине тканей. Для облегчения боли вследствие травмы, уменьшения внутреннего кровотечения, предохранения кожи от повреждения костным отломком (при переломе), чтобы закрытый перелом не стал открытым, необходимо обездвижить (иммобилизовать) конечность. О большом вреде, который причиняют ребенку попытки вправления переломов и вывихов, необходимо помнить тренерам. Эти попытки, проводимые без обезболивания, без точной диагностики повреждения, в некоторых случаях могут оставить детей инвалидами. Только специалист, вооруженный соответствующим оснащением (рентгенография и т. п.) и опытом, может излечить ребенка безболезненно и в короткий срок вернуть его в спортивный коллектив, в чем заинтересован и тренер.

При поражении электрическим током необходимо быстро освободить ребенка от его воздействия. Для этого выбейте из его рук предмет (палкой, книгой, веревкой), который находится под напряжением, или оттяните ребенка, но схватите его только за одежду (сухую!), а не за открытые части тела.

Если повреждение было тяжелым и ребенок не дышит или дыхание у него редкое или судорожное, надо приступить к искусственному дыханию и делать его до приезда врача «Скорой помощи». На место ожога от электричества следует положить стерильную повязку и доставить ребенка в больницу.

Родителям рекомендуется интересоваться специальной литературой по профилактике и первой помощи детям при травмах; рекомендуем ознакомиться с книжкой Н. П. Никифоровой «Первая помощь при бытовых травмах у детей», изданной в Москве в 1971 году.

Если в результате знакомства с нашими рекомендациями вы предупредите травмы у ваших детей, а при несчастном случае правильно окажете помощь своему или чужому ребенку, авторы будут считать свою задачу выполненной.

ОСТРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Дети нередко жалуются на боли в животе. Пожалуй, это самая частая причина недомогания в детском возрасте. Иногда боль сопровождается тошнотой, рвотой, повышением температуры тела, изменением аппетита, стула. Эти признаки могут наблюдаться при самых разных состояниях: при гриппе и других вирусных дыхательных инфекциях, кишечной инфекции и даже просто при переедании или употреблении непривычной пищи. Но иногда они — грозный предвестник тяжелого заболевания, единственным лечением которого является хирургическое вмешательство. Разобраться в происхождении указанных симптомов и поставить правильный диагноз может только врач. Задача родителей — не тратя напрасно времени и не пытаясь самостоятельно лечить, доставить заболевшего ребенка на осмотр к специалисту.

В этой главе мы расскажем о некоторых наиболее часто встречающихся заболеваниях органов брюшной полости и о том, что нужно знать и что предпринимать в таких случаях родителям.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Острый аппендицит относится к числу наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний брюшной полости у детей. Наблюдается он в любом возрасте, но чаще всего у детей 8—14 лет. Вместе с тем описаны случаи аппендицита у новорожденных и глубоких стариков. В нашей стране в среднем за год выполняется около полутора миллионов операций по удалению червеобразного отростка. В детстве острым аппендицитом заболевает каждый 3—5-й ребенок. Пересчет количества заболевших на общее число детей в стране, а их около 60 миллионов, дает основание утверждать, что аппендицит — серьезная проблема, а знание основных признаков аппендицита у детей широкими слоями населения — настоятельная необходимость.

Термин «аппендицит» (от аппендикс — придаток + суффикс = ит) обозначает воспаление червеобразного отростка слепой кишки). Причины развития воспаления в отростке многообразны, но несомненным является то, что дремлющая в его просвете инфекция при неблагоприятных условиях активизируется. Важное значение при этом имеет количество и характер пищи. Гиперболизируя, известный детский хирург С. Я. Долецкий замечал, что аппендицит — болезнь переедающих людей.

Родителям первым приходится решать вопрос, что делать, если у ребенка заболел живот, и от правильности принятого ими решения нередко зависит не только здоровье их малыша, но и сама его жизнь.

Итак, аппендикс — червеобразный отросток. Что это? Отмирающий в процессе эволюции придаток слепой кишки, не несущий полезной нагрузки в работе целостного организма, или, наоборот, важный орган, ответственный за какие-то ключевые функции? Как показали многочисленные исследования последних десятилетий — ни то и ни другое. Микроскопически и функционально аппендикс мало отличается от остальной кишечной трубки, а рабочая нагрузка его и значение не отличаются от остальных отделов кишечника. Некоторую роль отросток играет в качестве лимфоидного органа — определенного антибактериального барьера, что позволило отдельным исследователям назвать его «миндалиной червеобразного отростка». Поэтому сегодня можно с уверенностью говорить об отсутствии специфической функции у червеобразного отростка, а роль его вполне соответствует величине.

Названный придатком (аппендикс) червеобразный отросток отходит от угла, образуемого толстой и тонкой кишками, длина его индивидуальна и колеблется от 3 до 15 сантиметров. Расположение в брюшной полости также вариабельно, отросток может располагаться и в малом тазу, и под печенью, и в области пупка, и за слепой кишкой. Такое различное положение определяет и разнообразие клинических проявлений острого аппендицита. Положение под печенью может симулировать воспаление желчного пузыря (холецистит) или желудка (гастрит). Червеобразный отросток, лежащий на мочевом пузыре или вблизи его, может вызвать все признаки цистита (воспаления мочевого пузыря), а в области прямой кишки — симптомы дизентерии или другой кишечной инфекции. Эти анатомические варианты положения отростка и являются в большинстве

случаев причинами диагностических ошибок и поздней госпитализации детей с острым аппендицитом, как это было, например, у трехлетнего Даирбека. Сначала заболел живот, вскоре появился жидкий стул, тошнота, рвота. Мама, считая себя достаточной опытной (Даирбек четвертый ребенок в семье), решила, что у мальчика кишечная инфекция, и начала лечить его самостоятельно дома. В правильности диагноза, как ей казалось, убеждало появление в стуле прожилок крови и слизи. Однако состояние мальчика с каждым днем и даже часом ухудшалось: ребенок стал вялым, уже не плакал, а стонал, и мать решила показать его врачу. Осмотрев, хирург диагностировал острый аппендицит. Больной был оперирован. На операции оказалось, что червеобразный отросток располагался в малом тазу, был плотно сращен с прямой кишкой и частично расплавлен гнойным процессом. Гной и каловые массы поступали в свободную брюшную полость, являясь причиной распространенного гнойно-калового перитонита. Все усилия большого коллектива врачей и сестер оказались безрезультатны.

Тринадцатилетний Сережа длительное время болел холециститом. В очередной раз у него появилась боль в области предреберья, немножко тошнило, мама, как всегда, дала мальчику но-шпу, положила грелку на живот, однако привычные меры облегчения не принесли, боли усиливались, а через два дня распространились на весь живот. Мальчика доставили в детское хирургическое отделение, где после осмотра диагностировали острый аппендицит и оперировали. На операции оказалось, что у ребенка гнойный аппендицит, разлитой перитонит. Червеобразный отросток располагался над печенью. Это и ввело врачей в заблуждение.

Эти примеры показывают, что трагические ошибки могут случаться при остром аппендиците, протекающем под маской, казалось бы, очевидного терапевтического заболевания.

Было бы неверным, если бы у читателя создалось впечатление, что аппендицит всегда протекает нетипично. Конечно, нет. В подавляющем большинстве случаев острый аппендицит начинается с появления умеренных болей в правой подвздошной области. Боль при остром аппендиците постоянная, непреходящая, без «светлых» промежутков. В первые часы она усиливается, но при поражении нервно-мышечного аппарата червеобразного отростка может не-

сколько уменьшиться, хотя полностью никогда не проходит. Нужно различать боли, которые ребенок ощущает самостоятельно при отсутствии движений, и боли, возникающие при надавливании и ощупывании передней брюшной стенки — эта болезненность более постоянная. Отрицательный ответ ребенка на вопрос, болит ли у него живот, еще не является свидетельством против острого аппендицита. Лишь отсутствие боли при пальпации (прощупывании) позволит исключить заболевание. Иногда, примерно у каждого пятого больного с острым аппендицитом, боли появляются в подложечной области. Это часто свидетельствует о далеко зашедшем процессе.

Разнообразные анатомические варианты расположения слепой кишки и червеобразного отростка у детей не дают основания поставить диагноз, ориентируясь только на локализацию болей.

Достаточно частым симптомом, наблюдавшимся у 6—7 детей из 10, является рвота. Происхождение ее рефлекторное, рвотные массы содержат остатки съеденной накануне пищи, изредка рвота бывает упорной, но это не характерно для острого аппендицита, хотя и не позволяет исключать его.

Особенности детского организма таковы, что на любое заболевание он реагирует повышением температуры тела. Не является исключением острый аппендицит. Вместе с тем характер повышения температуры тела, особенно соотношение между температурой тела и частотой пульса, позволяет заподозрить наличие воспалительного процесса в брюшной полости. Температурная реакция при неосложненном аппендиците обычно не превышает 37,2—38 градусов по Цельсию. Известно, что повышение температуры тела на 1 градус соответствует ускорению частоты пульса на 10 ударов в минуту. При аппендиците ускорение это более значительно, хотя и не всегда можно с уверенностью утверждать это в связи с возрастными колебаниями частоты пульса.

Признаки, или, как говорят врачи, клиническая картина, острого аппендицита зависят от возраста ребенка: чем меньше пациент, тем труднее распознавание этого заболевания. У детей раннего возраста (до 3 лет) в комплексе признаков преобладают общие симптомы, такие, как повышение температуры тела, рвота, жидкий стул, наблюдавшиеся при целом ряде других, не хирургических заболеваний. Неудивительно, что до начала XX века острый аппен-

дицит у маленьких детей не распознавался и описание его в хирургической литературе относилось к казуистике. Немаловажную роль в этом играет то обстоятельство, что это заболевание у самых маленьких пациентов наблюдается в 8—10 раз реже, чем у старших детей.

Вследствие возрастных особенностей начало заболевания у малышей родители обычно не замечают. Первоначальное появление болей такой ребенок не может объяснить. Изменение поведения расценивается родителями как каприз. Интересная занимательная игра способна отвлечь ребенка от нерезких, ноющих болей в животе. И лишь когда заболевание распространяется, боли усиливаются, ребенок начинает беспокоиться, плакать. Проходит драгоценное время, когда мать заметит, что ребенок болен и щадит животик.

Что же делать, если у ребенка заболел живот? Какую помощь ему оказать? В данном случае необходимо следовать главному принципу медицины — prima non nocere — не навреди.

При появлении первых признаков острого аппендицита ребенка необходимо уложить в постель, не пытаться предпринимать какие-либо лечебные мероприятия, а немедленно вызвать врача «Скорой помощи». Родители должны знать и помнить о трех «не», несоблюдение которых может ребенку сильно повредить:

1. Не следует на животик класть грелку. Тепло ускоряет развитие воспаления, а это может привести к тому, что воспаленный, наполненный гноем червеобразный отросток лопнет, содержимое его попадет в свободную брюшную полость — это тяжелейшее, а иногда смертельное осложнение.

2. Не следует давать какие-либо лекарства: они могут изменить клиническую картину (уменьшить боль, временно снизить интенсивность воспалительного процесса) заболевания. В этом случае даже опытному врачу поставить правильный диагноз будет непросто.

3. Нельзя ребенка поить и кормить, потому что при необходимости оперативного вмешательства (а все операции у детей проводятся под наркозом) из-за опасности попадания содержимого желудка в дыхательные пути больному нужно будет промывать желудок, а это неприятная для ребенка и тяжелая для медперсонала процедура.

Лечение острого аппендицита — оперативное, ибо только неотложное удаление гнойного очага может создать

условия для выздоровления больного. Случаи, когда приходится отказаться от операции, практически единичны и решаются строго индивидуально.

При неосложненном типичном аппендиците операция по удалению червеобразного отростка несложна и доступна многим хирургам. Она, как мы уже говорили, выполняется под общим обезболиванием и хорошо переносится больными, которые достаточно скоро после вмешательства (на 2—3-и сутки) начинают ходить, а с 6—7-х суток их переводят на общую диету. Выписываются из стационара на 7—9-й день после операции, о которой напоминает только небольшой шрам в правой подвздошной области.

Совершенно иная ситуация складывается, если ребенок поступает на лечение поздно. Оперативное вмешательство в этом случае доступно лишь специалисту высокой квалификации, послеоперационное течение тяжелое, продолжительность стационарного лечения, даже если не разовьется никаких осложнений, увеличивается до 2 недель, а при наличии осложнений — до их ликвидации.

Какие же могут быть осложнения? Наиболее частое и наименее тяжелое из них — нагноение послеоперационной раны. Происходит оно вследствие наличия гнойного выпота в свободной брюшной полости и инфицирования им операционной раны. Нагноение операционной раны удлиняет период стационарного лечения на полторы-две недели. В большинстве случаев в результате нагноения заживление раны происходит с образованием широкого, грубого послеоперационного рубца на коже.

Значительно тяжелее протекают внутрибрюшинные гнойные осложнения, такие, как межпетельные абсцессы, тазовые гнойники и прогрессирующие гнойные воспаления брюшины (перитониты). Эти тяжелые осложнения развиваются вследствие ряда причин, в первую очередь, из-за массивности инфицирования и вирулентности (способность вызвать заболевание) микроорганизмов. Чрезвычайно важным является состояние неспецифической сопротивляемости организма ребенка, его защитных сил. И если у одного больного сочетается весь комплекс этих причин, т. е. позднее обращение за хирургической помощью, ослабленный предшествующими заболеваниями организм, высокая вирулентность микроорганизмов, вызвавших воспаление червеобразного отростка, появляется реальная опасность развития тяжелых, а иногда и смертельных осложнений. Лечение подобных детей становится сложнейшей задачей,

требующей применения всех современных методов, но и они в отдельных случаях бывают неэффективны, а развивающийся гнойный процесс заканчивается трагически.

Всесторонняя забота партии и правительства о здоровье народа и особенно о здоровье детей позволила советской медицине добиться существенного снижения смертности от острого аппендицита. Сегодня от аппендицита умирает не более 1—2 детей на тысячу заболевших. Однако, несмотря на низкий удельный вес умерших, абсолютное число их среди детей, заболевших острым аппендицитом, значительно.

Главным условием благополучного исхода является своевременная операция. Оптимальным считается время, не превышающее 24 часов с начала приступа. Органы здравоохранения, хирургическая служба разрабатывают организационные, лечебные мероприятия, направленные на совершенствование диагностики, профилактики осложнений. Задача родителей состоит в том, чтобы как можно меньше ребенку навредить при болях в животе, помнить о возможности возникновения острого аппендицита и вовремя прибегнуть к помощи специалистов.

ПЕРВИЧНЫЕ ПЕРИТОНИТЫ

Заболевание под этим названием характеризуется развитием воспаления брюшины (тонкого, богатого нервными окончаниями и сосудами соединительнотканного листка, покрывающего все внутренние органы) без первичного гнойного очага — аппендицита, разрыва полого органа и т. д. В большинстве случаев (95—97%) им заболевают девочки в возрасте 2—12 лет. Поэтому оно называется еще «перитонит маленьких девочек», или криптогенный перитонит, или диплококковый перитонит. Происхождение его не всегда ясно. Считается возможным занос инфекции с током крови или лимфы из какого-то гнойного очага, например, при ангине, воспалении легких, почек и т. п. Однако чаще совершенно отчетливо прослеживается путь заноса инфекции у девочек из наружных половых органов. В силу незрелости этих органов у девочек имеется относительно свободное сообщение наружных половых органов с брюшной полостью. Это происходит потому, что маточные трубы у них короткие, со сравнительно широким зияющим просветом. Инфекция, развивающаяся в преддверии или самом влагалище, при благоприятных для нее условиях попадает в

брюшную полость, вызывая ее воспаление. У большинства оперированных по поводу первичного перитонита находят более или менее выраженные воспалительные изменения в наружных половых органах.

Заболевание начинается среди полного здоровья, ребенок жалуется на выраженную боль в животе, что вынуждает его лечь в постель, повышается температура тела до 37,5—38,5 градуса, часто боль в животе сопровождается рвотой. Общая картина первичного перитонита сильно напоминает острый аппендицит, поэтому распознать это не всегда просто и большинство детей в стационар доставляется с диагнозом: острый аппендицит.

Лечение заболевания оперативное, операционный разрез и сама операция мал отличаются от аппендэктомии и, как правило, трудностей не представляют. Однако послеоперационное течение и исходы этого тяжелого гнойного заболевания иные, чем при остром аппендиците. Послеоперационный период протекает значительно тяжелее, чаще наблюдаются различные послеоперационные осложнения в виде прогрессирования гнойного перитонита, образования ограниченных гнойников в брюшной полости или спаечной кишечной непроходимости.

Поведение родителей при подозрении на развитие первичного перитонита у ребенка такое же, как при остром аппендиците: не предпринимая никаких лечебных мероприятий, немедленно госпитализировать в хирургическое отделение.

Несмотря на то что целенаправленная профилактика этого заболевания невозможна, некоторое значение имеет полноценное и своевременное лечение всех первичных очагов гнойной инфекции, пунктуальное соблюдение личной гигиены девочек, регулярный осмотр и неотложное лечение воспалительных изменений в области наружных половых органов.

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ

Под этим заболеванием понимается полное или частичное нарушение проходимости пищевых масс по кишечнику с развитием опасных для жизни тяжелейших нарушений работы всех органов и систем.

Существуют две основные формы непроходимости кишок у детей: врожденная, связанная с пороками развития пище-

варительного тракта, и приобретенная, развивающаяся вследствие более поздних патологических процессов.

Врожденная кишечная непроходимость у детей составляет около 30% всех случаев непроходимости. Развивается она в первые дни, а иногда месяцы жизни. К врожденной кишечной непроходимости относят различные виды атрезии кишечника (полный перерыв кишечной трубки, отсутствие участка кишки или наличие внутренней мембраны, преграждающей просвет), врожденный заворот кишки или стеноз ее (сужение просвета). Последний вид непроходимости может развиться через 1—2 месяца после рождения из-за нарушения проходимости пищи из желудка в 12-перстную кишку (так называемый пилоростеноз), а иногда и позже, как это наблюдается при болезни Гиршпрунга — врожденном сужении участка толстой кишки.

Лечение таких детей оперативное и проводится в специализированных детских хирургических отделениях.

Значительно чаще непроходимость развивается как результат какой-либо патологии в брюшной полости. В эту группу заболеваний входят: инвагинация кишечника, спаечная кишечная непроходимость, а также (исключительно редко встречающиеся в детском возрасте) заворот кишечника и тромбоз (закупорка) сосудов кишечника, ведущие к непроходимости.

Инвагинация кишечника — заболевание, характерное для детей первого года жизни. В основе его лежит физиологическая незрелость органов брюшной полости. Понятие «инвагинация кишечника» произошло от латинского invaginatio — внедрение. Чаще всего наблюдается в области перехода тонкой кишки в толстую. Сущность этого заболевания заключается во внедрении в просвет кишки прилежащего выше или ниже участка кишки, при этом образуется три цилиндра: наружный, в который кишка внедряется, и два внутренних, представляющих собой внедренную вывернутую кишку. При этом сдавливаются вовлеченные в инвагинат сосуды и нервы, возникает нарушение питания кишечника, а внедренная кишка становится пробкой, закрывающей просвет кишечника, препятствующей тем самым проходимости содержимого по кишечной трубе. Что же является условием и причиной, ведущей к развитию этого тяжелого заболевания? В настоящее время считается доказанным, что главным условием инвагинации кишечника являются анатомо-физиологические особенности кишечника ребенка первого года жизни. К ним относятся незавершив-

шееся формирование отдельных участков кишечника и временная дисфункция с нарушением координированной двигательной работы кишечника. Возможности ребенка первого года таковы, что он способен к усвоению и перевариванию сначала грудного молока, затем жидкой и, наконец, к году — ограниченно плотной пищи. Нарушение правил вскармливания, ранний перевод ребенка на общий стол может превысить ограниченные компенсаторные возможности его организма. На подобные нарушения желудочно-кишечный тракт, стремясь избавиться от непрывычной пищи, реагирует появлением бурных, некоординированных сокращений кишечника. В некоторых случаях это приводит к развитию инвагинации. Аналогичный этому механизм возникновения инвагинации наблюдается при кишечных инфекциях. Сказанное делает понятной преобладающую частоту этой патологии в возрасте 4—9 месяцев.

В редких случаях, преимущественно у детей старшего возраста, инвагинация кишечника обусловлена механической причиной, например доброкачественной опухолью — полипом, инородным телом.

Признаки инвагинации кишечника у детей первого года жизни столь типичны, что это позволило известному французскому хирургу Мондору заявить: «Диагноз инвагинации кишечника у ребенка можно поставить по телефону».

Заболевание начинается остро, среди полного здоровья. Ребенок, до того спокойно игравший, внезапно начинает беспокоиться, кричать, судорожно сучить ножками. Обычные приемы матери его не успокаивают, он отказывается от груди, лицо становится бледным, покрывается холодным потом. Так же внезапно, как начался, приступ прекращается, больной успокаивается, поведение становится обычным, он сосет грудь, «гулит», интересуется игрушками. Через 5—15 минут приступ болей повторяется с прежней силой, ребенок опять начинает сучить ножками, кричать, метаться в постели или на руках у родителей, повторяется рвота. «Светлые» промежутки между приступами болей и беспокойства становятся более длительными, однако состояние ребенка с каждым приступом ухудшается, он становится вялым, теряет интерес к окружающему, отказывается от пищи. Постепенно повторяющиеся приступы теряют свою остроту, но силы ребенка убывают на глазах.

В первые часы после начала заболевания у ребенка после клизмы может быть нормальный, обычный стул, однако после повторных клизм стула уже нет, а появляется не-

большое количество слизи с примесью крови в виде желе.

Возникновение боли связано с натяжением и ущемлением сосудов и нервов, идущих к внедренной кишке. Периодическое усиление перистальтики (сокращения) кишечника вызывает усиление болей. Наступающее постепенное ослабление типичных болевых приступов объясняется развитием анатомо-функциональных нарушений нервного аппарата кишки, ущемленной в инвагинате, а также параличом мышц кишки.

Распознается инвагинация кишечника по комплексу признаков. Решающее значение имеет характер начала заболевания. Уже по одному этому мать может предположить тяжелое заболевание органов брюшной полости и немедленно пригласить врача для решения вопроса, что у ребенка и где лечить его. До прихода врача ребенка не следует ни кормить, ни поить, противопоказаны грелки и различные медикаменты.

Характер лечения, будет ли это оперативное вмешательство или консервативное, т. е. без операции, в очень большой степени зависит от сроков доставки больного в отделение детской хирургии. При своевременной госпитализации (до 12 часов с момента заболевания) у 7 из 10 детей удается расправить инвагинат без операции. Для этого больному проводят специальную подготовку и затем воздухом, введенным через прямую кишку, создают повышенное давление в толстой кишке, расправляют инвагинат.

Если ребенок поступил в стационар поздно или не удалось консервативное расправление воздухом, приходится оперировать и уже при открытом кишечнике расправлять инвагинат.

Исходы лечения инвагинации кишечника зависят от сроков доставки и вида инвагинации. Расправление кишечника воздухом практически всегда заканчивается выздоровлением. Исход оперативного вмешательства, учитывая развившиеся осложнения и иногда тяжелое основное заболевание, вызвавшее внедрение кишечника, к сожалению, не всегда столь благополучен.

Необходимо заметить, что предупреждение инвагинации хотя сложная задача, но в ряде случаев вполне реальная. Она заключается прежде всего в правильном вскармливании. Введение прикорма должно быть осторожным и постепенным и обязательно с учетом рекомендаций наблюдающего педиатра. Важным является пунктуальное соблюдение всех правил и требований гигиены ребенка, так как

кишечные инфекции, равно как и нарушения режима вскармливания, являются основными причинами возникновения этого тяжелого заболевания.

СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Другой важной причиной, вызывающей непроходимость кишечника у детей, является спаечная болезнь. Сущность ее заключается в том, что между петлями кишечника развиваются сращения, которые вызывают перегибы, смещения и узлообразования кишок, нарушая прохождение пищевых масс по кишечнику. Сращение кишок, или, иначе говоря, образование спаек, сопровождает любой воспалительный процесс и любую механическую травму брюшины, тонкой пленкой выстилающей внутренние органы. Брюшина вырабатывает склеивающий экссудат — жидкость, содержащую белок фибрин в виде нитей. Фибрин оседает на поврежденные места и способствует восстановлению поврежденных участков. В условиях инфекции эта защитная способность брюшины вызывает склеивание соседних петель кишечника и формирование спаек.

Спайки, образовавшиеся после гнойного воспаления в брюшной полости или оперативного вмешательства, могут длительное время не давать знать о себе. Лишь в определенных условиях при неблагоприятных обстоятельствах могут проявиться болями различной интенсивности без явлений непроходимости или спаечной кишечной непроходимостью, вызывая наружное сдавление кишки или перегиб с нарушением кровообращения отдельного ее участка.

Спаечная непроходимость кишечника — это одно из наиболее тяжелых заболеваний органов брюшной полости. Лечение его стационарное, в условиях хирургического отделения, и чаще всего оперативное. Достигаемое в ряде случаев восстановление проходимости кишечника применением специальных манипуляций и медикаментозных средств не устраняет саму причину, вызвавшую кишечную непроходимость, и считается временным, отодвигающим окончательное лечение до более благоприятного времени.

Появление болей в животе у ребенка, перенесшего несколько месяцев назад или даже лет операцию на органах брюшной полости, схваткообразный характер этих болей, сопровождаемых тошнотой, рвотой, прекращение стула и отхождения газов должны настораживать в отношении воз-

никшей у него спаечной кишечной непроходимости. К такому больному необходимо немедленно вызвать врача и решить вопрос о дальнейшем лечении. Притупление болей и, казалось бы, некоторое улучшение состояния не должно успокаивать. Оно может быть связано с восстановлением проходимости кишечника, но чаще это мнимое улучшение, обусловленное гибелью нервных окончаний в кишке, а следовательно, и самой кишки. Поэтому затягивать с госпитализацией подобных больных, а тем более пытаться лечить домашними средствами смертельно опасно.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Повреждения органов брюшной полости у детей не относятся к часто встречающейся патологии, но именно они почти во всех случаях угрожают жизни ребенка. Случаются эти повреждения при падении с большой высоты, автотравме, а иногда и просто при падении на ровном месте. Чаще всего повреждаются селезенка, печень, кишечник.

Развитие здорового ребенка невозможно представить без озорных подвижных игр, синяков на коленях, ссадин. Как бы нам ни хотелось предотвратить все повреждения у наших детей, сделать это невозможно. Ребенок общается с окружающим миром, познает его, у него должен вырабатываться характер, совершенствоваться физические навыки. Стремление все посмотреть, пощупать собственными руками нередко толкает ребят на рискованные, опасные поступки.

Десятилетний Коля влез на дерево. Одно неверное движение — обломилась ветка и мальчик с шестиметровой высоты свалился вниз. Когда через 30 минут после падения его осматривали в приемном покое хирургической клиники, мальчик жаловался на боль в животе, его немного тошнило, лицо было бледным, на лбу выступили капельки холодного пота. Пульс слабый и очень частый. Живот при ощупывании напряженный, болезненный, особенно в левом подреберье, здесь же на коже была большая ссадина. У мальчика заподозрили разрыв селезенки и после дополнительных обследований через 30 минут его оперировали. При вскрытии брюшной полости излилось большое количество крови. Осмотр селезенки подтвердил первоначальный диагноз: она была почти оторвана от питающих сосудов, кровь из них свободно изливалась в рану. Операция за-

кончилась удалением селезенки и ушиванием операционной раны. Через две недели мальчик ушел домой.

Мы привели относительно благополучный случай, закончившийся выздоровлением ребенка. Время не терялось понапрасну — была вызвана «скорая помощь», которая в кратчайший срок доставила ребенка в хирургический стационар, где он срочно был оперирован, что сохранило ему жизнь. К сожалению, такой путь проходят не все пострадавшие. Обстановка высокой эмоциональной напряженности, а иногда и паника на месте происшествия приводят к тому, что ребенка укладывают в первую попутную машину и доставляют в ближайшее медицинское учреждение, поликлинику, инфекционную больницу и даже аптеку. Персонал там не подготовлен к приему подобных больных, не имеет соответствующего оборудования, инструментария, навыков, поэтому не способен оказать необходимую помощь и распознать объем и тяжесть повреждения. Теряется драгоценное время, продолжается невидимое глазу кровотечение, а вместе с ним с каждой минутой сокращаются шансы ребенка на благополучный исход. На операционный стол такой пострадавший попадает в лучшем случае через 2—2,5 часа, в худшем — его не успевают довезти или довозят, когда развились необратимые органические изменения и помочь ему уже невозможно.

В любом случае на место происшествия необходимо вызвать «скорую помощь». Специально подготовленный врач окажет необходимую помощь и, не теряя времени, доставит ребенка по назначению.

Возвращаясь к профилактике детского травматизма, необходимо отметить, что если и невозможно полностью уберечь детей от травм, то предотвратить тяжелые травмы можно и нужно. В первую очередь это относится к автодорожным происшествиям. Обучение ребенка правилам уличного движения и поведения на улице, целесообразное планирование тротуаров, велосипедных дорожек, подъездных путей, ответственное отношение сознательного населения к ребенку на улице могут и должны привести к тому, что автотравма у детей станет казуистикой. Снижению частоты травм способствует и разумная организация досуга детей. Внеклассная работа, привлечение в кружки, спортивные секции даст выход бурлящей энергии подростков. Как очень верно заметил один старый детский врач, «воспитание — вот вакцина против травматизма». На это нацелива-

ет и реформа средней школы, проведение которой развертывается по всей стране.

В наших заметках мы остановились лишь на отдельных, наиболее часто встречающихся заболеваниях органов брюшной полости, которые требуют хирургического лечения. Разумеется, хирургия брюшной полости не исчерпывается ими, но это те заболевания, при которых экстренное хирургическое вмешательство жизненно важно.

ПРИЧИНЫ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ. ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ РАЗВИТИЯ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ

Невроз — обратимое расстройство психической деятельности, обусловленное воздействием психотравмирующих факторов. При заболевании неврозом нервные клетки головного мозга не разрушаются, расстраивается только их функция. Поэтому невроз называют функциональным нарушением.

У детей неврозы возникают в результате взаимодействия ряда причин, каждая из которых в отдельности заболевания может еще не вызвать. Но ведущим фактором в сочетании этих причин будет психогенный. Большое значение имеют особенности ребенка, находящегося под воздействием определенного раздражителя, имеющего травмирующий, неблагоприятный эффект и тем больший, чем значительнее сам раздражитель для конкретной личности.

Детская нервность связана с болезнями, травмами (психическими и физическими) или неправильным воспитанием.

Многие проявления нервности у ребенка остаются на всю жизнь. Предупреждение патологических симптомов в раннем детстве и своевременное урегулирование отклонений в поведении ребенка могут в значительной степени устранить развитие нервности и у взрослого.

Деятельность головного мозга проявляется в двух основных процессах — возбуждении и торможении.

Для нормальной деятельности головного мозга характерно равновесие этих процессов. Нервной системе детей

свойственно преобладание процесса возбуждения над торможением.

В первый период развития с 1,5 до 5 месяцев жизни у ребенка возникает «реакция оживления» на общение со взрослыми. Улыбка, глубокие вздохи, вскидывание рук и энергичные движения ногами — все это психомоторные проявления положительных эмоций, первые попытки общения. Уже с 2—3,5 месяца ребенок протестует против пассивного положения в постели, спокоен на руках, кричит при укладывании, ибо его первостепенная потребность (наряду, разумеется, с удовлетворением биологических потребностей) в психическом развитии зависит от его активности и количества поступающей информации. На четвертом месяце жизни наступает «предречевой период», когда общение приобретает характер «переклички» между взрослым и ребенком (на ласковые слова матери ребенок отвечает радостным гулением и лепетом). Возникает реакция удивления. Окружающая ребенка среда полна звуков, приятных, успокаивающих и раздражающих; он удовлетворен или недоволен, радуется или пугается, прислушивается, поворачивает голову на звук.

В возрасте от 3 до 6 месяцев у ребенка уже можно отметить психомоторные проявления, соответствующие страху и гневу. С этого времени и наблюдается реакция невротического типа на испуг.

К 5 месяцам узнает близких ему детей, реагирует на чужих, различает тон, с которым к нему обращаются; улыбается ласковому голосу, а на строгий отвечает гримасой обиды.

В этом периоде развития закладываются важные по своим последствиям основы взаимоотношений в системе мать — дитя.

Во втором периоде (6—12 месяцев) бурно развивается моторика ребенка. Вначале он ползает, затем встает и, наконец, ходит. В движениях ребенка, энергичных или осторожных (прием пищи, манипуляции с игрушкой, реагирование), отчетливо прослеживаются особенности темперамента, сохраняющиеся в последующие периоды жизни. Ребенок настойчиво изучает взрослого человека — его лицо, речь, жесты, поведение, настроение. Он требует к себе внимания. Его потребность в общении со взрослыми и неудовлетворенность лежат в основе различных нарушений настроения этого периода.

В 7 месяцев ребенок лепечет, ползает, садится, встает,

держась за пальцы взрослого, старается не потерять ни минуты бодрствования без общения. Он ищет радость в этом общении. И если его насильно кормят или моют, он отстраняет руку с ложкой или мылом, отворачивает лицо, кричит, протестует. В этом «не хочу» — начало формирования «Я».

Игнорирование желаний ребенка, нетерпеливая властность авторитетных, сверхрешительных и энергичных взрослых, насилие, грубость уже в этом возрасте подготавливают возникновение нарушений взаимоотношений в системе мать — дитя, взрослые — ребенок, начало формирования преневротического характерологического поведения.

В этом возрасте ребенок адекватно реагирует на настроение матери. Если раньше он испытывал при необычном ее поведении только страх, то теперь он улавливает множество более сложных и тонких оттенков ее переживаний. Испытывающая страх, смятение, горе, нестабильная, неуверенная в себе, а тем более невротичная мать может способствовать формированию чувства тревоги, неуверенности в характере ребенка.

В период от 8 до 12 месяцев ребенок совершенствует речь, используя к году жизни необходимые для общения слова — обращения, обозначения, требования. Неотрывно наблюдает он за действиями взрослых и охотно следит за поведением сверстников. Он знает имена нескольких близких родственников. Начинается период игр-общений: «догоню-догоню», «ку-ку» и т. п.; по просьбе взрослого ребенок находит игрушку, выполняет поручения («покатай зайчика», «покажи, где у бабушки глаза»), усваивает смысл важнейших понятий, формирующих поведение и волю («можно» и «нельзя»), радуется похвале и огорчается порицанию. К году жизни ребенок все больше стремится к общению со сверстниками. При отсутствии должного контроля взрослых общение с ними уже на этом этапе может принести невосполнимый ущерб формирующейся системе отношений: дети конфликтуют, отнимают друг у друга игрушки, возникает взаимная боязнь, неприязнь к другим детям, ощущение неуверенности и страха.

Итак, первый возрастной период — период становления взаимоотношений в системе мать — дитя, второй — период становления общения с родными и развития двигательных функций.

Таким образом, уже в возрасте до года возможны проявления последствий неправильного воспитания, воздейст-

вие различных психотравмирующих факторов, формирование преневротических характерологических черт и невротических реакций.

Третий период развития — от 12 до 20—21 месяца жизни — период формирования фразовой речи, важный этап развития системы отношений. Своевременность становления фразовой речи является важнейшим показателем нормального интеллектуального развития. Ребенок использует к концу этого периода до 300 слов и среди них — до 70 глаголов. Этот отрезок времени в развитии ребенка является важным этапом становления внутрисемейных отношений.

Реакции на внимание со стороны матери становятся не только более сложными, но и оречевленными. Ребенок ревнует мать к взрослым, детям (чужим и младшим братьям, сестрам). Ревность этого периода развития отражает формирование «Я» как понятия о собственной личности в отношении к другим.

Четвертый период — от 21 до 30 месяцев (до 2,5 года) — это период развития отношений со сверстниками. Именно в этом отрезке времени возникает истинное, фактическое общение с ровесниками. Дети начинают играть друг с другом, возникает эмоционально насыщенное общение ребенка с другими детьми. Этот первый опыт межличностного общения имеет большое значение для ребенка. Искусственная изоляция в это время при жесткой регламентации, неприятии, тревожной опеке может осложнить общение на последующих этапах, положив начало невротическим реакциям.

В этот период дети по собственной инициативе следуют друг за другом, заинтересованно следят за действиями других детей, получают большое удовольствие от индивидуальной игры, если она проходит среди сверстников. Совместно со взрослыми дети строят, роют песок, пытаются уступать один другому, помогать, учатся играть, не обижая друг друга, не отнимать игрушки и делиться ими, т. е. учатся сотрудничать. К году жизни ребенок способен различать до 15 лиц, а к двум годам узнает несколько десятков человек. В игре, в общении ребенок осваивает до 100 слов в месяц. Он учится не только говорить, но и внимательно слушать. В играх дети уже проявляют элементы самолюбия, стремление сохранить чувство собственного достоинства. Выявляется и избирательное отношение к другим детям, возникают симпатии и антипатии, привязанности, соревнование, ревность к успехам других.

В этом периоде происходит формирование таких веду-

щих характеристик личности, как самооценка, эмоциональная основа личности и эмоциональный стереотип отношений к людям.

Период с 2,5 до 4 лет — ключевой, узловой в развитии личности. Это период упрямства, негативизма, оппозиции, самоутверждения, становления личности, ее самооценки и системы отношений. Самоутверждение ребенка, становление его «Я» протекает в это время на основе сознательного взаимодействия с окружающей средой, с миром взрослых и сверстников. Постепенно накапливается опыт общения, ребенок познает самого себя, выявляет свои истинные возможности. Он постоянно присматривается к себе и другим, критичен и самокритичен, хотя весьма элементарно и несовершенно. Ребенок в этот период способен к глубокому переживанию горечи неудач, разочарования и радости побед. Он учится адекватно оценивать явления и делать выводы.

В три года проявляется такое сложное переживание, как стыд. Ребенок впервые осознает свои поступки с позиции добра и зла, к нему приходит такое глубокое человеческое чувство, как сострадание. Он проявляет сочувствие к больному, способен заплакать при виде страданий другого человека, понимает иронию и насмешки, воспринимает юмор. Долго помнит обиду, зло, плачет, будучи униженным.

На четвертом году жизни ребенок способен и к двуличности, хитрости, может делать вид, что предлагает свои игрушки, но лишь для того, чтобы более успешно отобрать игрушки у других. Он начинает понимать, чего от него ждут, каким ему следует казаться, оставаясь таким, какой он есть на самом деле, отлично ориентируется, «кто есть кто» в семье.

Неправильное воспитание в этот период может привести к формированию преневротических характерологических признаков тревожной мнительности и зависимости. Открывается возможность возникновения невроза навязчивых состояний.

В возрасте от года до 3 лет весьма частой причиной невроза служит эмоциональное потрясение, вызванное столкновением искусственно изолированного от природы и испытывающего страх перед ней ребенка, например, при встрече с животными, насекомыми, домашней птицей. Собака, обнюхавшая ребенка, нападение гуся или петуха, неожиданно увиденная лошадь, корова — довольно частая

причина возникновения заикания и тиков, недержания мочи и других невротических проявлений.

Потрясающей психической травмой для ребенка является неадекватное, пугающее поведение взрослых: драки, ссоры, необычное поведение близких людей и особенно отца (в состоянии алкогольного опьянения и т. п.).

В ряде случаев невроз у детей дошкольного возраста начинался после потери любимой игрушки, животного или после того, как их у него отобрали.

Возрастной период от 4 до 7 лет — период застенчивости. Ребенок начинает осознавать всю сложность реального мира и ограниченность своих возможностей. Это новый и важный период формирования межличностных отношений. Ребенок уже не столько демонстрирует свои возможности, сколько присматривается к другим. Именно в этом периоде, к 5—6 годам, ребенок способен в течение продолжительного времени заниматься делами, требующими большого зрительного сосредоточения: рисовать, конструировать, шить, вышивать и т. д. В этом возрастном периоде идет бурное формирование личности, подготовка к школе.

В возрасте от 4 до 5 лет наступает заключительная стадия развития речи. Ребенок понимает свыше 4 тысяч слов, способен выразить свои мысли и эмоции. В 4 года он твердо осознает свой пол, знает свою фамилию, отчество, адрес, вид транспорта, которым пользуется. Психологи считают, что к 5 годам ребенок проходит половину своего интеллектуального развития. Л. Н. Толстой писал: «Разве не только я приобретал все то, чем я теперь живу, и приобрел так много, так быстро, что всю остальную жизнь я не приобрел и одной сотой того? От пятилетнего ребенка до меня — только шаг».

К 7 годам при неправильном воспитании заканчивается формирование преневротических характерологических признаков. Далее лишь усиливаются отрицательные черты бурно формирующейся в этот период личности. Потребности ребенка в этом возрасте обширны и удовлетворение их обеспечивает нормальный уровень развития личности, ее стабильность, психическое здоровье, гармоничное развитие.

Период от 7 до 8 лет — это период адаптации ребенка в массовой школе. Поступление в школу — всегда эмоциональный стресс, дифференцированная оценка интеллектуальных и других задатков, работоспособности, устойчивости внимания — серьезная проверка адекватности самооценки. В этот период выявляется склонность к общению. Наи-

более патогенными для первоклассника является ситуация конфликта с учительницей, затруднения в усвоении учебной программы.

Следующий возрастной период — от 9 до 11 лет — период адаптации личности в коллективе. К концу 2-го — началу 3-го класса ученик имеет дело со сложившимся общественным мнением в классе, элементами требовательности друг к другу, формированием групповых норм поведения. Поступки товарищей обсуждаются, им дается оценка, симпатии и антипатии основываются на объективном представлении о достоинствах и недостатках. Налаживаются деловые связи, возникают общие интересы, имеют место взаимопомощь, сочувствие и злорадство, восхищение и зависть. В этот возрастной период формирование личности ребенка происходит под влиянием коллектива.

Наконец, период от 11 до 14 лет — период подросткового самоутверждения. Он характеризуется эмоционально-насыщенными взаимоотношениями, новыми переживаниями, которым подвергается в этом возрасте ребенок.

Резко усложняется программа обучения, возрастает требовательность родителей и педагогов. В межличностных отношениях доминирует страх быть отвергнутым группой сверстников, страх осрамиться, невыгодно отличаться от них. Потребность в самоутверждении приводит к стремлению занять более высокое положение среди одноклассников, но застенчивость, нерешительность, неверие в свои силы тормозят эту тенденцию. В этом возрастном периоде у подростка возникает потребность в признании, стремление к независимости, желание проявить себя. Появляется осознанный интерес к противоположному полу, повышенная возбудимость, ранимость, чувствительность, эмоциональная неустойчивость. Все это нередко приводит к обострению взаимоотношений ребенка с родителями, которые часто недоучитывают то, что подросток не требует уже прежней опеки.

Все перечисленные возрастные периоды являются благоприятным условием для возникновения конфликтов между ребенком или подростком и взрослыми.

Невротические проявления у детей в значительной степени зависят от того, на каком возрастном этапе они возникают. В преддошкольном и школьном возрасте в структуре невротического состояния появляются такие невротические нарушения, как отказ от еды, рвота, запоры; поносы, недержание кала, мочи, «нервная» одышка и кашель. Дети,

долго и много болевшие расстройством кишечника, чаще заболевают нервной анорексией (отказ от еды) и нервной рвотой, при заболевании сердечно-сосудистой системы появляются жалобы на боли в области сердца, изменение пульса. Нередко встречающиеся при невротических состояниях у детей младшего возраста двигательные нарушения: всевозможные судорожные приступы, подергивание отдельных мышц лица (тики), век и, наконец, просто повышенное двигательное возбуждение — обусловлены значительным преобладанием в эту пору жизни какого-либо раздражения.

Особенно много невротических состояний падает на возраст «вершины негативизма», на период упрямства (2—4 года). Ребенок переживает в этой фазе своего развития чрезвычайно много «сшибок» (И. П. Павлов, 1954). В этом возрастном периоде перед малышом открываются, как мы уже говорили, большие возможности познания окружающего и проявления активности. Бурно проявляется стремление к самостоятельности. При этом, разумеется, нарушаются принятые нормы поведения, пачкается костюм, иногда разбиваются вещи и ломаются игрушки. В ответ на проявление активности ребенка, как правило, упрекают, запрещают реализовать его стремление к самостоятельности. В результате — столкновение возбудительного и тормозного процессов, приводящее к сшибке, конфликтам, неврозу. Поведение ребенка резко меняется, и на этом фоне возникают разнообразные симптомы патологического поведения: либо реакция протеста, упрямство, своеволие, стремление себя утвердить, либо подавленность, нерешительность, заторможенность, неуверенность. Учащаются невротические состояния и в возрасте 7—8 лет. Это новый этап в жизни ребенка, когда он способен осмыслить необходимые в норме формы поведения, людские взаимоотношения, когда на смену детской непосредственности приходит чувство такта, дистанции, когда, как говорят, ребенок учится «себя держать». Требования школы иногда для него становятся сверхсильным раздражителем, и ребенок заболевает неврозом. Здесь чаще всего имеют место тики, заикание.

В пубертатном периоде (период полового созревания) заболеваемость неврозом увеличивается. Безусловно, большое значение имеют конфликты в семье, где очень часто (как уже говорилось выше) родителей застает врасплох тот факт, что ребенок вырос, что он имеет право на самостоятельность и что прежняя опека для него непереносима.

Подросток начинает нарушать привычный режим дня, возвращается с прогулки позднее, чем прежде. В связи с пробуждающимся половым влечением у него появляются свои маленькие тайны, исчезает откровенность в отношениях с близкими. Так как родители не всегда правильно оценивают новые черты в личности подростка и его законному стремлению к некоторой независимости противопоставляют требования, резко ограничивающие его свободу, возникает конфликт, ведущий к невротическому состоянию. Появляющаяся у ребенка во взаимоотношениях с товарищами замкнутость создает некоторую отчужденность, связь с коллективом ослабевает.

Таким образом, мы видим, что возрастной фактор играет определенную роль в структуре невротических состояний. С. С. Корсаков писал, что всякий возраст обусловливает особую для каждого периода жизни неустойчивость и ранимость.

Проявления нервности у ребенка довольно разнообразны.

Расстройство сна — частое проявление нервности ребенка. Сон, согласно учению И. П. Павлова, имеет «спасительное», охранительное значение для мозга. Благодаря сну утомленная нервная система восстанавливается. Здоровый ребенок сохраняет во сне спокойное выражение лица, мышцы его тела расслаблены, он дышит глубоко и ровно, лицо розовеет. Новорожденный спит почти круглые сутки; к концу 2-го месяца у него устанавливается регулярная смена сна и бодрствования. Ребенок к этому времени больше спит ночью, а днем дольше бодрствует. В течение первого года жизни ребенок спит днем 3 раза по 2 часа, в начале 2-го года — 2 раза по 2 часа, а к полутора годам — один раз в день. Школьник спит только ночью 9—10 часов.

Нарушения сна проявляются в разных формах: либо ребенок долго не может уснуть, либо, заснув, просыпается от страшных снов, либо чрезмерно мало спит и рано встает.

Здоровый ребенок испытывает к вечеру естественное утомление и у него появляется готовность ко сну. Уложенный в постель, он быстро засыпает. Ребенок, находящийся в невротическом состоянии, не может заснуть, ворочается, проявляет беспокойство, просит мать посидеть около него, почитать ему, спит мало и рано просыпается. Систематическое недосыпание детей истощает их нервную систему. Они встают вялыми, днем хотят спать, появляются

головные боли, ночные страхи, рассеянность, раздражительность, снижается успеваемость в школе.

Большое значение в нарушении сна ребенка имеют прочитанные перед сном или просмотренные по телевизору возбуждающие нервную систему сцены, шумные игры. Яркий свет, громкий неприятный разговор, особенно ведущийся между близкими людьми, высокая или низкая температура в комнате, кожный зуд, боль также мешают засыпанию. Нервный ребенок спит неспокойно, просыпается, а засыпая, жалуется, что у него болят руки, ноги, спина, хочет пить, просит высадить его на горшок, требует игрушек, хочет, чтобы мать взяла его себе в кровать. Иногда среди ночи возникают страхи. Ребенок вскакивает, дрожит всем телом, глаза его широко раскрыты, на лице выражение ужаса. Лицо бледнеет или краснеет, покрывается капельками пота. Отдельные выкрикивания («боюсь», «дядя там» и т. д.) свидетельствуют о том, что он кого-то боится. Наутро, как правило, он не помнит о случившемся. Такие приступы повторяются по нескольку раз в ночь. Беспокоящие сновидения связаны с возбуждающими впечатлениями дня. Если ребенок пережил тяжелую семейную сцену между родителями, если он был свидетелем потрясшего его события или если его запугивают (в воспитательных целях), например тем, что «его заберет дядя в мешок» или «придет волк из леса» и т. п., поведение ребенка ночью может непосредственно отразить травмирующее его переживание.

В более старшем возрасте сон может быть поверхностным вследствие школьных впечатлений, являющихся очагом возбуждения. Дети во сне продолжают отвечать уроки, держать экзамены и т. д. В отдельных случаях наблюдается снохождение. Дети встают с постели с закрытыми глазами или с отсутствующим взором, ходят по комнате, производят как будто целесообразные движения (перекладывают вещи в комнате, собирают постельные принадлежности и т. д.). Если дверь открыта, они могут выйти на улицу. Все эти действия чаще производятся молча, иногда же ребенок говорит что-нибудь, не относящееся к данной ситуации. Если ребенка не остановить и не уложить в постель, он в конце концов ляжет сам и уснет, а утром ничего не будет помнить о случившемся.

Правильный сон имеет большое значение для здоровья ребенка. Систематическое недосыпание истощает нервную систему, появляются головные боли, нарастает утомляе-

мость. Повышенная утомляемость и непереносимость шума заставляют ребенка избегать детского общества, уединяться и тем самым лишать себя детских развлечений. Появляется неуверенность в себе, пассивность, угнетенность, легко возникают вспышки гнева, раздражение, обычно заканчивающееся слезами («раздражительная слабость»).

Следовательно, своевременное предупреждение расстройств сна является одним из существенных условий развития здорового ребенка.

Детские страхи. Одним из проявлений невротического состояния у детей являются страхи. Ребенок раннего детства, не обладая жизненным опытом, часто не видит реальной опасности там, где она есть, и, наоборот, боится всего нового, незнакомого, даже не таящего в себе никакой опасности. Любое явление окружающей жизни, если оно незнакомо ребенку и возникло неожиданно, может стать источником страха: внезапно выскочившая из-за угла с громким лаем собака, прыгнувшая в кровать к ребенку кошка, увиденные в зоопарке животные, человек, надевший противогаз, маску и т. д. У ребенка раннего возраста отмечается повышенная чувствительность слухового аппарата к звуковым раздражителям, поэтому неожиданно громкие звуки, внезапное нарушение равновесия могут вызвать страх. Особенно большую роль играет запугивание детей взрослыми. Неопытные в деле воспитания матери, стремясь заставить ребенка слушаться, пугают его «волком, который унесет его в лес», «бабой-ягой» и т. д. Запугивают ребенка и тогда, когда он не хочет одеваться, чтобы идти на прогулку, когда плохо ест, предлагают его взять чужим людям и т. д. Если ребенок находится непрерывно в травмирующей его ситуации, у него проявляются так называемые черты патологического развития чувства тревоги, заторможенность, боязливость, нерешительность, угнетенность, мнительность. Отсюда возникает настоятельная необходимость при воспитании ребенка раз и навсегда отказаться от приемов запугивания.

Двигательные нарушения. Дети первых лет жизни выражают свои переживания очень бурно. В момент гнева, злобы, протеста ребенок изгибается на руках у матери, мускулы его как бы находятся в состоянии судорожного сокращения, тело становится напряженным, «как доска»: иногда он с криком падает на пол, беспорядочно бьет руками, ногами, стучит головой об пол. Нередко ребенок так ведет себя в наиболее неподходящей обстановке — на ули-

це, в трамвае, в общественных местах. Таким поведением он стремится привлечь внимание взрослых или добиться выполнения своих требований. Подобного рода «двигательные бури» у маленьких детей являются прототипом истерического припадка в более старшем возрасте.

При высокой температуре у младших детей иногда появляются судорожные припадки, которые не всегда бывают обусловлены воспалительным процессом мозга или его оболочек. Возникновение их объясняется тем, что детям раннего возраста свойственна нервная возбудимость. Иногда такие явления возникают после тяжело протекающей инфекции.

Причиной возникновения двигательных нарушений нередко является и психическая травма. Примером может служить следующее наблюдение.

Юра С., 6,5 года. В прошлом долго не мог привыкнуть к яслям, неохотно их посещал. Считался очень нервным и трудновоспитуемым. На следующее утро после того, как его однажды наказали в детском саду, у него вдруг «ослабели» ноги. Врач даже поставил диагноз: полиомиелит. Однако ошибка диагноза была вскоре обнаружена: через два дня парез ног исчез. У таких детей нередко в дальнейшем формируется патологическое развитие личности.

Тики — довольно распространенный симптом невротического состояния в детском возрасте. Это судорожные сокращения, чаще всего встречающиеся у детей в мышцах лица, шеи, головы, рук, происходящие по типу целенаправленного движения. Например, ребенок подергивает плечом, точно его стесняет платье, моргает глазом, будто желая смахнуть соринку, производит движение рукой, как бы отбрасывая мешающие ему волосы.

Приведем следующий пример.

Мать Коли Б. обратилась к врачу по поводу того, что у ребенка в течение последнего года после испугавших его прививок появилось подергивание головой. Ребенок живет с матерью. Отец оставил семью. В возрасте года перенес травму головы с легкими явлениями сотрясения мозга. Развивался нормально. В контакт с врачом вступает охотно, разговорчив. В разговоре с врачом сказал: «Отец нас прогнал», после этого сильно затормозился, появились движения головой, стал жаловаться на головную боль. В отделении был аккуратен, упрям, на предложение оправить свою постель ответил: «Вы здесь работаете, вы и оправляйте, а я не работаю здесь». Ребенок, видимо, тяжело травмиро-

ван разлукой с отцом. Любовь к отцу и вместе с тем отрицательное отношение к нему за то, что он оставил семью, и явились причиной возникновения насильственного движения головой у мальчика.

Тики возникают чаще в определенные возрастные кризы: 4—7 и 13—15 лет. В этот период наблюдается большая чувствительность ребенка к раздражителям окружающей его обстановки.

Нарушение функции органов пищеварения. Анорексия (снижение аппетита) является очень частым выражением невротического состояния детей, особенно в раннем возрасте. Причиной анорексии в одних случаях является снижение выделения слюны. Дети медленно жуют, их рот наполнен пищей, которую они долго не могут проглотить; в дальнейшем ребенок приучается брать еду небольшими порциями и запивать водой именно в силу того, что она недостаточно смочена слюной.

В других случаях причиной снижения аппетита является однообразное питание, в результате чего организм ребенка насыщен лишь определенными пищевыми веществами и возбудимость в соответствующих частях пищевого центра снижена.

Иногда анорексия наблюдается при состояниях, вызванных инфекциями, наличием глистов, снижением общего обмена, когда ребенок вынужден из-за какого-либо заболевания длительно находиться на постельном режиме. Сахар, конфеты, шоколад, съеденные перед едой, оказывают отрицательное влияние на аппетит ребенка. У нервного ребенка анорексия может продолжаться в течение длительного времени. Особенно способствует этому насильственное кормление.

Иногда отрицательное отношение к еде может возникнуть в результате сочетания приема пищи с неприятными ощущениями (например, высокая температура пищи). В некоторых случаях попытка насильственного кормления вызывает рвоту «фонтаном».

У чрезмерно избалованных детей при определении их в ясли или детский сад появляется рвота как реакция на изменение обстановки и разлуку с близкими. Рвота может возникнуть в момент испуга ребенка. Так, девочка 6 лет, повышенно возбудимая, робкая, нерешительная, сорвала на клумбе соседей цветы. За едой мать сказала, что за этот поступок ей грозит тюрьма. Девочка очень испугалась,

и ее тут же вырвало. С тех пор рвота стала повторяться при всяком приеме пищи.

В подростковом возрасте анорексия нередко обусловлена стремлением похудеть, доводящим иногда подростка до состояния крайнего истощения. Чаще это состояние наблюдается у девочек, обладавших прежде сниженным аппетитом. Влечение к похудению возникает в связи с появлением вторичных половых признаков. Развивающиеся грудные железы воспринимаются подростком как появившаяся полнота, портящая фигуру и вызывающая чувство стыда. Создается привычка к голоданию, к ощущению пустоты в желудке. С таким ребенком надо длительное время в спокойном тоне вести беседы о том, что здоровье, а не болезненная худоба создает впечатление свежести и красоты.

Нарушение функции органов дыхания и сердечно-сосудистого аппарата. У детей младшего возраста нередко наблюдается нервный кашель. Особенно часто он возникает после тяжело перенесенного коклюша с «закатыванием». Заболевание верхних дыхательных путей также может привести к нервному кашлю. У более старших детей реакции в виде кашля встречаются довольно редко. Часто приходится видеть состояние одышки, постоянные глубокие вздохи, создающие впечатление нехватки ребенку воздуха. Одышка встречается у детей, перенесших атаку ревматизма, сопровождавшуюся явлениями кислородной недостаточности. В дальнейшем состояние ребенка под влиянием лечения нормализовалось, но реакция упрочилась и одышка повторяется уже без всяких к тому оснований. Под влиянием психотерапии постепенно все патологические признаки исчезают.

Нарушение функции мочеиспускания — это довольно частое явление у детей. Ребенок овладевает навыком опрятности в разные сроки. В значительной мере этот срок зависит от воспитания в нем этого навыка. С 9—10 месяцев ребенка нужно систематически высаживать на горшок, и тогда вскоре он начинает сам «проситься» днем на горшок. Однако ночью ребенку напоминать о необходимости помочиться нужно до 6—7 лет.

Причины ночного недержания мочи самые разнообразные (недоразвитие позвоночника, слабость мочевого пузыря), но чаще всего недержание мочи связано с психогенным фактором (испуг, огорчение, страх и другие неприятные переживания).

Нередко недержание мочи как временное явление воз-

никает у детей, перенесших инфекционные заболевания, приводящие к ослаблению мускулатуры мочевого пузыря. Ночное недержание мочи оказывает отрицательное влияние на психику ребенка. Дети стыдятся своего «порока», стремятся его скрыть, болезненно реагируют на насмешки других детей и на упреки взрослых. У них появляется стремление избегать общества детей, возникает ощущение своей неполноценности, развивается робость, чувствительность, неуверенность в своих силах, иногда упрямство.

Неправильный подход к детям, страдающим недержанием мочи (стыдят, заставляют замывать белье, наказывают), приводит к усилению заболевания.

Патологические привычки. Ребенку раннего возраста свойственно играть своими ручками, ножками, тянуть в рот пальчики, засовывать их в нос, трогать свои половые органы. Иногда он ритмически, маятникообразно раскачивает все свое тело или одну голову. При этом личико ребенка краснеет, взгляд устремляется в одну точку. В дальнейшем, по мере развития ребенка, игра со своим телом прекращается. Ребенок тянется к игрушкам, окружающим предметам. Однако у некоторых детей остаются инфантильные привычки сосать свой палец, губу, язык или даже кусочек своего белья, ковырять пальцами в носу, расчесывать тело, раскачиваться, дотрагиваться до своего полового органа.

Особенно часто это наблюдается у детей, при воспитании которых был допущен ряд ошибок, приведших к чрезмерному сосредоточению внимания на своем теле (чрезмерная физическая ласка, бесконечные поцелуи, поглаживания). Когда же привычка укрепилась, родители нередко пугаются, часами просиживают у его кровати, отдергивая его руку от полового органа и ошибочно предполагая, что ребенок испытывает сексуальное ощущение, вынимают его пальцы изо рта, мажут руки хиной, завязывают их, бинтуют, надевают перчатки. Все это ведет к еще большей фиксации внимания на вредной привычке. Нередко взрослые запугивают ребенка, говоря, что если он будет сосать палец, раскачиваться, то вырастет глупым, больным или ему отрежут пальцы и т. д.

Привычки ребенка родителями расцениваются как несчастье. Между тем у ребенка возникает невротическое состояние, которое все более осложняется, так как, производя привычный акт, ребенок испытывает страх и чувство собственной вины. С другой стороны, уже давно оставлен-

ные детские привычки могут вновь появиться, если ребенок заболевает неврозом, возникшим по другим причинам.

Среди распространенных патологических привычек в детском возрасте следует упомянуть еще о привычках грызть ногти, ковырять в носу, расчесывать тело, обычно проявляющихся в момент огорчения, тревоги, волнения, нетерпения. Эти привычки могут сохраниться и в школьные годы.

Патологические влечения у детей разнообразны. Это и склонность уходить из дому, и влечение ко лжи, к воровству, к порче и разрушению вещей и т. д.

Особенно часто возникает стремление уходить из дому. Маленький ребенок испытывает большую радость от бега. Он убегает в другую комнату или на улицу, не дожидаясь, пока его позовут гулять. Это, конечно, еще не уход из дому. Однако на четвертом году жизни встречаются уже настоящие «уходы». Находясь на прогулке или играя с детьми, ребенок убегает на другую улицу, теряется, и его приводят домой. У таких задержанных детей нет стремления скорее попасть домой.

Наиболее частой причиной ухода из дому старших детей является боязнь наказания и упреков, например, в тех случаях, когда ребенок принес плохую отметку из школы или, гуляя, задержался. Ребенок уходит из дому к знакомым или родственникам, каждый раз приводя вымышленные мотивы своих «уходов».

Нередко у детей наблюдается и патологическая лживость. Как же появляется у ребенка понятие правды и лжи? Если ребенка 4-х лет предупреждают, что прикосновение к горячей кастрюле принесет ему вред, он, прикоснувшись к ней, убеждается в том, что ему сказали правду. Своими ощущениями он проверяет правильность сказанного. Авторитетом, подтверждающим достоверность того или другого, являются близкие люди — родители, учитель («моя мама сказала», «папа говорил» и т. д.). Правдивость, справедливость в глазах ребенка нарушена в тех случаях, когда родители и воспитатели наказывают его за незначительное проявление непослушания, за маленькие провинности. Тогда он начинает осознавать «полезность» лжи. Неспокойное поведение и возбуждение взрослых — крики, шум, наказания, следующие за провинностью, впечатлительному чувствительному ребенку настолько трудно пережить, что он готов пойти на ложь, лишь бы освободиться от травмирующих его сцен.

После поступления в школу возрастают обязанности ребенка, его ответственность. И если, возлагая обязательства, от него требуют больше, чем он может дать, возникает конфликт, появляется спасительная ложь.

Ребенок лжет, чтобы скрыть от чужих пьянство отца, ссоры в семье. В период полового созревания случаи лживости учащаются в тех случаях, когда родители не понимают особенностей развития личности на этом этапе. Постепенно ложь входит в привычку и является как бы способом самозащиты.

Таким образом, неврозом чаще заболевают дети слабого типа. Обычно это дети, перенесшие родовую травму, болевшие острыми и хронически протекающими инфекциями, дети, матери которых страдали токсикозом в период беременности.

Следует помнить, что мы должны вырастить таких людей, которые, как говорила Н. К. Крупская, могли бы и радостно жить, и в это же время были бы знающими, вдумчивыми, двигающими вперед науку, умеющими коллективно работать, наслаждаться жизнью.

Для этой цели не следует тормозить детскую деятельность и инициативу, особенно в период первого возрастного криза, когда ребенку исполнится 3—4 года, в момент, когда в нем пробуждается стремление к проявлению своего «я», и в период пубертатного криза (т. е. в период полового созревания), характеризующегося все растущим ощущением самостоятельности, независимости от взрослых.

С самых малых лет необходимо воспитывать в детях стремление к самостоятельности и посильному труду. Часто приходится встречать детей, которых в возрасте 3—4 лет кормят с ложечки, а в 7 лет им застилают постель, не разрешают вымыть за собой посуду.

К. Ушинский писал: «Воспитание не только должно развивать разум человека и дать ему известный объем сведений, но должно зажечь в нем жажду серьезного труда, без которого жизнь его не может быть ни достойной, ни счастливой».

Большую роль в приобретении ребенком бодрости и жизнерадостности играют физическая культура и спорт.

Как предупреждать развитие патологических форм поведения у детей? Прежде всего, должна проводиться линия укрепления нервной системы ребенка и устранение травмирующих его психику впечатлений. Взрослые в семье при любых обстоятельствах должны сохранять корректный тон

по отношению друг к другу и по отношению к ребенку, помнить, что уход из семьи одного из родителей есть драма для ребенка.

Для предупреждения развития нерешительности в поведении ребенка необходимо отказаться от травмирования его постоянными одергиваниями и запретами. Нужно пробуждать в нем активность, прививать навыки самообслуживания и всячески стимулировать его деятельность.

К расторможенным детям нужно подходить осторожно, проявляя большое терпение. Наказания только ослабляют детей и заставляют уходить в себя.

Роль родителей в воспитании полноценного человека прекрасно охарактеризовал Ф. Э. Дзержинский, сказав, что вина и заслуга детей в огромной степени ложатся на головы и совесть их родителей. Следует помнить, что при неправильном подходе к ребенку невротические состояния могут прочно войти в структуру патологического развития личности. Гибкая педагогическая «политика», учитывающая возрастную специфику ребенка, способна много сделать для предупреждения нервных срывов и тем самым заложить основу душевного здоровья.

СТАНОВЛЕНИЕ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Речь является одной из сложных психических функций человека. Ее развитие зависит от многих факторов.

Ребенок родился с готовым речевым аппаратом, но он не владеет навыком пользования им. Этот навык ему надо приобрести. Поэтому речевой функцией ребенок овладевает постепенно, путем подражания произношению звуков и слов взрослыми.

Формирование таких психических функций, как мышление, память, восприятие, у ребенка неразрывно связано с развитием речи. Выработка правильной и чистой речи — одна из важных задач в развитии полноценной личности.

Ребенок с хорошо развитой речью легко вступает в общение с окружающими. Он может понятно выразить свои мысли и желания, задать вопросы, договориться со своими сверстниками. И наоборот, неясная речь весьма затрудняет его взаимоотношения с людьми и нередко накладывает тяжелый отпечаток на его характер.

Недостатки речи могут явиться причиной неуспеваемости в школе. С первого дня пребывания в школе ребенку приходится отвечать на вопросы в присутствии всего класса, задавать вопросы, читать вслух, и недостатки речи обнаруживаются сразу. Особенно необходимо ребенку правильное произношение звуков и слов. В период овладения грамотой между чистотой звучания детской речи и орфографической грамотностью установлена тесная связь.

Из области физиологии известно, что кора головного мозга ребенка начинает фукционировать сразу после рождения. В настоящее время учеными доказано, что наиболее интенсивное развитие мозга ребенка происходит в первые три года жизни, поэтому они считаются наиболее оптимальными для развития умственных и речевых способностей.

В каждом возрастном периоде ставятся определенные задачи по формированию речи. Большое значение имеет доречевой период, который длится от рождения ребенка до конца первого года жизни. В этот период развиваются зрительные и слуховые восприятия, появляется гуление, лепет, возможность подражания звукам речи, намечаются первые пути общения ребенка с окружающей средой.

Взрослые, ухаживающие за ребенком, с самого раннего возраста развивают в нем умение прислушиваться и воспринимать различные звуки (голоса, слова, речевой поток слов, интонацию), понимать обращенную к нему речь, вырабатывают умение самостоятельно говорить.

На самом раннем этапе жизни звуки, которые произносит новорожденный (а, э) называют голосовыми реакциями. В возрасте от 1 до 3 месяцев голосовые реакции малыша носят характер «гукания». Крик ребенка становится более выражен, появляется интонация, выражающая недовольство, протест, требование. На фоне положительного эмоционального состояния появляются звуки гуления. Ребенок как бы распевает гласные звуки: а-а-а, э-э-э, агу-у. Уже к концу первого полугодия жизни ребенок произносит первые слоги, сочетания различных звуков, лепетные звуки еще короткие, тихие, но все чаще и чаще можно слышать звукосочетания: ба, ма, па. К 9 месяцам жизни ребенок от начального лепета переходит к активному, интонационно окрашенному лепету. Развивается реакция подражания, ребенок делает попытки имитировать интонацию взрослого.

Постепенно простое подражание звукосочетаниям, интонации переходит в произношение первых лепетных слов:

ма-ма, дас-дас, ба-ба. Ребенок адекватно реагирует на обращенную речь, интонацию. По просьбе взрослого выполняет некоторые задания, при общении активно пользуется мимикой и жестами. Речевая активность расширяется, к концу первого года у ребенка формируется 8—10 подражательных слов, которые обозначают определенные лица, предметы, действия, например: ма-ма ав-ав, топ, дай и т. д.

Ребенок лепечет, будучи в хорошем настроении, лепечет эмоционально, выразительно, употребляя много разнообразных звуков и их сочетаний. Наряду с формированием собственной активной речи происходит дальнейшее совершенствование понимания речи окружающих. Он накапливает впечатления, которые помогают усвоить значение слов и связать их с образами предметов, с действиями и различными явлениями.

Все психическое и речевое развитие ребенка осуществляется под влиянием окружающих его взрослых. Большое значение имеет жизненная обстановка, в которой воспитывается ребенок. Уход за ребенком, отношение окружающих его взрослых обеспечивают развитие ответных подражательных эмоций и разнообразных реакций. Наши наблюдения подтверждают, что дети, с которыми много и сознательно разговаривают взрослые, развиваются быстрее и говорят лучше.

На втором году жизни ребенок начинает понимать названия предметов, явлений, выполнять несложные поручения, действия, у него увеличивается словарный запас, слова соединяются в предложения.

До полутора лет словарь пополняется медленно и составляет около 100 слов, которые ребенок использует в своей речи редко. Учеными доказано, что у ребенка идет внутренняя, качественная обработка материала, поступившего из внешней среды в кору головного мозга. Появляется первая простая фраза: дай моко, ля-ля, ням-ням.

После полутора лет развитие и понимание речи происходит более быстрыми темпами. Ребенок все чаще задает вопросы «что это?», «где?» и делает попытки произнести новые слова. Идет быстрое накопление слов, активно используемых в речи, по системе от многократного повторения к самостоятельному использованию. Малыш понимает и произносит свое имя, имена близких людей, названия одежды, некоторых животных, игрушек.

Процесс усвоения грамматического строя очень сложен, поэтому наблюдаются физиологические аграмматизмы. Это

объясняется тем, что в коре головного мозга ребенка нет еще прочных условных связей. Ребенок еще не владеет в полной мере своим речевым аппаратом и часто искажает слоговую структуру слова.

Слова могут быть фонетически искажены, вместо слов часто можно слышать обрывки, корни слов, ударные или начальные слоги. Разграничение падежных форм и окончаний появляется к концу второго года, словарь к этому времени насчитывает 400—300 слов. В речи используется фраза из 3—4 слов. Речь становится средством общения со взрослыми. Можно услышать от детей слова, выдуманные ими самими.

На третьем году жизни ребенка происходит дальнейшее совершенствование детской речи. Начинает формироваться диалог, все больше усложняются предложения. Ребенок овладевает всеми грамматическими формами, употребляя все части речи, кроме причастия и деепричастия. Значительно улучшается понимание речи окружающих.

В этом возрасте с ребенком разговаривают не только о том, что было в его опыте прежде, но и том, что будет. Происходит развитие наблюдательности, способности общения. Ребенок воспринимает связный рассказ, понимает содержание инсценировки с развернутым сюжетом и сравнительно большим количеством персонажей. Он может сосредоточенно рассматривать картинки, не отвлекаясь, послушать чтение книжки, посмотрев книгу, аккуратно положить ее в отведенное место. Легко запоминает короткие стихи, песенки. Однако механическое заучивание перегружает мозг ребенка. Тренировка памяти полезна в том случае, если содержание стихотворения связано с конкретной действительностью и если то, что ребенок старается выучить, ему понятно. Такое запоминание доставляет радость и удовольствие, развивает речь.

Ребенок уже может сообщить о событиях настоящих и прошлых, знает названия времени суток, животных, растений, некоторых явлений природы. Он делает примитивные сравнения, умозаключения и обобщения. Появляется словотворчество, словарный запас составляет 1000—1200 слов.

На третьем году жизни формируется произношение свистящих звуков (с, з, ц), но многих трудных по произношению звуков в речи нет. Для детей этого возраста вначале важно общее развитие речи, т. е. накопление словаря, уяснение смыслового значения слов и грамматических связей.

В возрасте от 3 до 5 лет ребенок учится различать фонетические элементы на слух. Чем раньше в семье обращают внимание на воспитание у ребенка правильного произношения звуков, тем быстрее оно формируется и нормализуется.

На четвертом году жизни формируется произношение шипящих звуков (ш, ж, ч, щ). Появившиеся звуки закрепляются через многократное повторение слов. Один и тот же ребенок в одном слове произносит звук правильно, в другом его пропускает, в третьем заменяет другим звуком. Постепенно звуки в каждодневной речи ребенка уточняются, автоматизируются и становятся все более и более устойчивыми. Ребенок упражняет свой речевой аппарат путем многократного повторения нового слова, стремясь овладеть четкостью его произношения.

Нам пришлось наблюдать за ребенком 4 лет, который в течение двух дней все свои игры сопровождал повторением слова «землечерпалка». В этом повторении было много выразительности, разнообразия, он явно играл словом, и эта игра привела к тому, что ребенок стал произносить слово совершенно правильно и членораздельно. Благодаря взаимодействию двигательных и звуковых раздражителей ребенок, произнося звук, ощущает артикуляцию и одновременно слышит им произносимое. Слушая речь окружающих и наблюдая за движениями речевого аппарата, он рефлекторно повторяет их вслед за говорящим, уточняет свою артикуляцию и развивает свое слуховое внимание.

Дети, иногда играя, используют разнообразные приемы по упражнению аппарата речи: соревнуются в произношении скороговорок, загадок, поговорок. К 5 годам появляется звук «р» и ребенок правильно произносит все звуки родного языка. Без труда говорит обо всем, что связано с его потребностями, желаниями. Постепенно усваивает все более трудные слова и грамматические закономерности, в связи с чем расширяет употребление и более сложных предложений.

Владение родным языком — это не только умение правильно построить предложение, хотя и сложное. Ребенок должен научиться описывать предмет, а не просто называть его, подробно рассказывать о каком-то событии, явлении, соблюдая последовательность. Чтобы хорошо, связно рассказать о чем-нибудь, нужно ясно представить себе объект рассказа (предмет, событие), уметь анализировать, отбирать основные свойства и качества, устанавливать причин-

но-следственные, временные и другие отношения между предметами и явлениями.

В этом возрасте ребенок усваивает типы склонений, спряжений. Все грамматические формы становятся более устойчивыми и четко разграниченными. Активный словарь насчитывает 2200 слов.

Дети 5-летнего возраста должны понимать и употреблять временные и пространственные понятия: сегодня, вчера, завтра, здесь, там, вверху, внизу, близко, далеко; уметь наблюдать явления природы: идет дождь, на земле лужи, земля мокрая, дует ветер, деревья качаются и т. п.; обращать внимание на различные виды транспорта, строящиеся дома, улицы; охотно и правильно отвечать на вопросы, активно пользоваться приобретенным запасом слов, пересказывать хорошо известные сказки и рассказы.

К 6 годам продолжается обогащение словаря. Дети должны знать назначение и некоторые признаки предметов окружающей их обстановки (название мебели, посуды, одежды); знать, для чего нужен каждый предмет, из чего он сделан, как надо с ним обращаться; знать свою фамилию, возраст, домашний адрес; называть части суток, дни недели, времена года, сезонные изменения природы; иметь представления о труде людей, о растениях и животных; знать некоторые названия общественных мест и учреждений, расположенных на своей улице (магазин, почта, сквер, аптека, больница).

Совершенствуя грамматический строй речи и речевое общение, ребенок должен уметь отвечать на вопросы в краткой и распространенной форме, ясно выражать свои мысли, заканчивать фразу, не пропускать слов в предложении, употреблять правильное наименование предметов, правильные формы изменения существительных, глаголов.

Совершенствуется произношение, повышается общая культура речи. Ребенок умеет выразительно читать стихи, говорить внятно и правильно в соответствии с нормами литературного произношения родного языка, передает интонацию вопроса, ответа, восклицания, говорит отчетливо в медленном и быстром темпе, громко, тихо.

На 7-м году жизни ребенок начинает мыслить молча. Свои мысли он высказывает шепотом в играх, в самостоятельной деятельности, разговаривает сам с собой. Это проявление внутренней речи, которая необходима ребенку в школьные годы. Применение правил правописания основано на умении пользоваться внутренней речью. Уровень

овладения родной речью к школьному возрасту высок. Язык становится орудием мышления и общения.

Ребенок может передавать литературный текст последовательно, без пропусков и повторений, рассказывать сказки и рассказы по частям, драматизировать их, последовательно описывать предметы по наблюдению и памяти, находя точные и выразительные слова для обозначения величины, формы, цвета, расположения в пространстве. В этом возрасте значительно расширяются представления о родной стране и жизни трудящихся.

Перед ребенком-дошкольником ставится новая задача — развитие фонематического слуха и звукового анализа слова и связанная с этим подготовка к обучению грамоте. Он учится составлять предложения из 2—3 слов, делить их на слова, различать слоги и звуки в словах.

Развитый фонематический слух является предпосылкой успешного усвоения детьми грамоты. Иногда фонематическое развитие по каким-то причинам задерживается. Это приводит к специфическим недостаткам произношения, свидетельствующим о том, что усвоение звуковой стороны языка не закончено и вызывает трудности в овладении письмом и чтением. Допускаются ошибки на письме в виде замены некоторых букв, сходных по звучанию (б—п, д—т, р—л, с—ш, к—г), пропуски гласных и согласных звуков, недописывания слов, ярко выраженные аграмматизмы.

В школе ребенок овладевает элементами литературного языка. И так развитие речи продолжается всю жизнь. Дети с хорошо развитой речью, как правило, успевают в школе. Если ребенок задерживается в речевом развитии с раннего возраста, то в последующем это обязательно отразится на его обучении в школе.

Все недостатки в развитии речи необходимо устранять в каждом возрастном периоде. Поэтому родителям желательно иметь представление о возрастных закономерностях развития речи.

Сопоставляя данные о закономерностях развития языка и общего психического развития ребенка, можно сказать, что формирование речи зависит от воспитания и обучения, которое начинается с первых дней жизни ребенка.

Рекомендуется в самом раннем возрасте проверить речевой аппарат ребенка: может ли ребенок поднять язык вверх, свободно ли он дышит носом, в порядке ли у него твердое нёбо, обратить внимание на прикус. Язык может не подниматься вверх либо по причине укорочения уздеч-

ки, либо по причине его вялости и малоподвижности. При нормальном прикусе верхние зубы должны немного заходить за нижние. Затрудненное носовое дыхание может быть следствием полипов и аденоидов.

Любой из перечисленных дефектов требует врачебного вмешательства. То, что ребенок в 5—6 месяцев не поворачивает голову в сторону говорящего, не реагирует на зов, а к 7—8 месяцам не ищет глазами предмет, который называют, должно настораживать родителей. Это может свидетельствовать о снижении или отсутствии слуха у ребенка.

Если к двум годам словарный запас ребенка составляет 2—3 слова — это уже значительное отклонение от нормального речевого развития. Необходимо проконсультироваться у врача-психоневролога, логопеда для выяснения причин задержки речи и принять меры для устранения их.

Если к 4 годам ребенок не произносит многие звуки, если речь его вообще малопонятна или носит лепетный характер, нужно срочно обратиться к специалисту.

Недостатки речи, даже такие незначительные, как неправильное произношение одного какого-либо звука, создают дополнительные трудности в жизни ребенка, в общении его с другими детьми. Так, часто ребенок из-за недостатков речи, боясь насмешек, стесняется говорить со сверстниками.

Навык правильной речи приобретается в семье. Иногда родители допускают серьезные ошибки в речевом воспитании ребенка. Например, некоторые из них считают, что с маленькими детьми надо разговаривать детским языком, т. е. «сюсюкать». Им кажется, что так ребенок их лучше поймет, а выходит наоборот. Ребенок слышит искаженные слова и значительно хуже понимает взрослых. В таких случаях даже нормально развивающийся ребенок будет искаженно произносить многие звуки и слова, значительно дольше положенных сроков их осваивать. Такие родители помимо своего желания значительно тормозят развитие речи ребенка.

Поэтому с самых ранних месяцев жизни с ребенком надо обращаться как с мыслящим, понимающим человеком и строго следить за своей речью в смысле тона, темпа, тематики разговора, выбора слов и выражений.

Особенно четко надо произносить незнакомые длинные слова. Подражание имеет огромное значение в усвоении детьми языка. И. П. Павлов говорит, что образование но-

вых условных связей у человека происходит не только по способу совпадения во времени, но и благодаря действию механизма подражания.

Если ребенок слышит речь правильную, отчетливую, ясную, то и невольно воспринимает ее. Об этом должны помнить родители и все окружающие детей взрослые.

Больше всего могут помочь своим детям в дошкольный период сами матери. Воспитание детей — дело трудное, поэтому многому надо научиться, много прочитать, продумать. Если бы матери в должной степени понимали, какое громадное значение для духовного и всестороннего полноценного развития детей имеет обдуманное словесное общение с ними, они, вероятно, находили бы больше времени для занятий со своими детьми.

От простой понятной песенки, сказки, стихотворения или рассказа душа ребенка расцветает и впитывает впечатления добра и красоты. Семья является той средой, которая формирует и развивает ум и воображение ребенка.

Культура речи детей неразрывно связана с культурой речи родителей. В семье, где разговаривают литературным языком, речь ребенка развивается правильно и всесторонне.

Помните, что ребенок таит в себе зачатки многих способностей, развитие которых зависит от нас — родителей и взрослых.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭКССУДАТИВНЫМ ДИАТЕЗОМ

Экссудативный диатез является выражением аллергической перестройки организма ребенка. У большинства детей с экссудативным диатезом на первый план выступают явления так называемой пищевой аллергии (повышенно чувствительности к пищевым продуктам).

В роли причинного фактора, вызывающего аллергию у детей раннего возраста, коровье молоко стоит на первом месте, поскольку оно является первым и чаще единственным видом пищи. Известно, что коровье молоко содержит комплекс факторов и ребенок может проявлять чувствительность к одному или нескольким из них, в частности к белкам молока. Кроме молочного белка нежелательными свойствами может обладать молочный сахар — лактоза. Исключение молока требует замены его кислыми молочны-

ми продуктами: кефиром, простоквашей, ацидофилином, биолактом. Следует воспользоваться заменой сухим восстановленным коровьим молоком или кипячением молока в течение 15—20 минут с удалением пенок. Исключение молока должно быть полным, так как использование его даже в минимальных количествах вызывает усиление аллергической реакции. Такие дети должны получать материнское молоко 5—6 раз в день с равномерными интервалами и ночным перерывом. Нерациональными являются рекомендации о переводе детей с диатезом и экземой на искусственное вскармливание. Если ребенок заболел, находясь на грудном вскармливании, то прежде всего необходимо установить, как питалась мать в период беременности и кормления грудью. Могут быть выявлены такие факторы, как одностороннее питание, увлечение или злоупотребление такими продуктами, как коровье молоко и молочные продукты (до 2 литров молока, 1 литра кефира, 500 граммов творога ежедневно), цитрусовыми, яйцами, блюдами из рыбы и говядины, сладостями. Кормящие матери в период обострения заболевания у ребенка должны получать 4 раза так называемое гипоаллергенное диетическое питание, включающее продукты, лишенные азотистых экстрактивных веществ с уменьшенным количеством поваренной соли. Вместо пресного или сгущенного молока лучше употреблять кисло-молочные продукты. Не разрешаются продукты, содержащие так называемые облигатные аллергены (яйца, апельсины, мандарины, клубника, какао, мед, шоколад, орехи и др.). Исключаются копчености, острые сыры, сдоба, пряности. Такой запрет позволяет избежать поступления соответствующих аллергенов в грудное молоко. Если диета матери оказывается неэффективной и на протяжении 1—1,5 месяца не наступает улучшения, можно попытаться перевести больного экземой ребенка на вскармливание молоком других женщин или на кислые смеси из коровьего молока (белок кислых смесей обладает меньшими аллергенными свойствами вследствие своей гидролизации). Необходимость грудного вскармливания больного диатезом или экземой ребенка объясняется тем, что женское молоко по сравнению с коровьим имеет ряд важных преимуществ. Ферменты грудного молока стимулируют образование микробами кишечника витаминов группы В и активизируют рост бифидобактерий. В нем наиболее ценные и важные аминокислоты содержатся в более оптимальных количествах и соотношениях, чем в коровьем. В жен-

ском молоке содержатся иммунные тела и необходимые ферменты. По сравнению с коровьим оно содержит меньше минеральных солей, но богато железом, медью и цинком, что имеет большое значение, особенно при экзематозных процессах у детей. Женское молоко значительно богаче витаминами А, С, D, Е. Количество ненасыщенных жирных кислот в материнском молоке в 3,5 раза больше, чем в коровьем, а возникновение диатеза и экземы у детей грудного возраста, как известно, может быть связано именно с недостаточностью этих жизненно необходимых кислот. Если ребенок находится на грудном вскармливании, а у матери отмечается недостаток молока (гипогалактия), необходимо ввести докорм кисло-молочными смесями.

Введение прикорма с 1,5—5 месяцев лучше начинать с овощного пюре. В последующем вводят второй прикорм манной кашей, приготовленной на овощном или фруктовом (из сухофруктов) отваре. В возрасте 6—6,5 месяца ребенок должен получать 3 раза грудное молоко и 2 раза прикорм. В 7 месяцев — овощной протертый суп с сухариками (из несоленой булки). В 8 месяцев — ежедневно к овощному пюре добавляют 30 граммов отварного мяса (говядина) в виде пюре, т. е. дважды пропущенного через мясорубку. В 10 месяцев ребенку можно давать фрикадельку, а к году жизни — паровую котлету. Питание необходимо разнообразить путем добавления печеного яблока, яблочного пюре, а также каши, предпочтительно рисовой, гречневой. Макаронные изделия следует применять изредка и в небольшом количестве, только в виде приправы для супов, а не в качестве гарниров.

Используя свежий творог, следует исключать творожные сырки, так как они содержат различные специи и большое количество сахара. Кисели не рекомендуются из-за содержания в них крахмала и большого количества сахара. Соки лучше применять свежие натуральные с месячного возраста, начиная с капель до $1/2$ чайной ложки в день и в течение 10—15 дней довести до 30 граммов (6 чайных ложек) в день. Во втором полугодии жизни норма сырых фруктовых ягодных и овощных соков доводится до 50—70 граммов (10—14 чайных ложек) в день, дается тертое сырое яблоко, а к концу года — небольшое количество свежих ягод (черника, черешня, вишня). Земляника, клубника, черная смородина, мандарины, апельсины, гранаты зачастую вызывают ухудшение заболевания. Поэтому родителям необходимо проверить, какие из этих плодов

или соков нежелательны для их ребенка, и исключить или ограничить их.

Непереносимость к единственному продукту — коровьему молоку встречается у детей с первых месяцев жизни. В последующем может присоединиться повышенная чувствительность к другим пищевым продуктам. Обычно это продукты, впервые вводимые в питание детей и относящиеся к распространенным пищевым аллергенам (мясо, рыба, яйца, цитрусовые, клубника и др.).

Большое количество пищевых продуктов может явиться причиной аллергических реакций в виде кожных изменений: это яичный белок, рыба и ее икра, сыр, сладости, куриное мясо и бульон, цитрусовые, большинство фруктов и овощей с оранжевой и красноватой окраской (клубника, морковь, томаты, дыни). На одном из первых мест по частоте реакций наряду с коровьим молоком стоит белок куриного яйца. Большинство больных детей не переносят куриных яиц даже в минимальном количестве. Непереносимость яичного белка часто сочетается с непереносимостью куриного мяса и бульона. Сырой яичный белок легко проникает через кишечную стенку в кровь. Необходимость горячей обработки диктуется тем, что коагулированный белок теряет способность легко проникать в кровь. Такая задержка при прохождении через желудочно-кишечный тракт способствует более полному расщеплению белков, снижает тем самым их аллергенные свойства. При непереносимости вареного яйца необходимо полное исключение яиц из пищи ребенка и даже тех продуктов, в которых яйцо содержится в минимальных количествах (запеканки, пудинги, творожники и др.). Доказано, что применение желтка не противопоказано детям с экссудативным диатезом, особенно если использовать его в крутосваренном виде. Однако включение его в питание детей с экссудативным диатезом должно проводиться осторожно, с учетом индивидуальной переносимости этого продукта.

Практически почти все продукты способны вызывать аллергические реакции. Помимо облигатных пищевых аллергенов (т. е. вызывающих реакции у большинства больных) аллергизирующее воздействие на организм ребенка могут оказать и продукты, составляющие ежедневный рацион, особенно если последние употребляются в чрезмерных количествах. Такой же эффект может оказать раннее несвоевременное введение определенных пищевых продуктов в рацион ребенка. Список продуктов-аллергенов может

быть настолько удлинен, что у родителей возникает вопрос: а чем же кормить ребенка? В этом случае нельзя подходить огульно, исключая из пищи ребенка все блюда-аллергены, так как продукты, вызывающие обострение процесса у одного ребенка, могут оказаться совершенно безвредными для другого. В данном случае лучшим помощником врача окажется наблюдательная мать, которая раньше всех заметит неблагоприятно действующие на ее ребенка продукты. Ей следует вести так называемый пищевой дневник. В дневнике фиксируются такие моменты, как дата и время приема пищи, рацион, количество и изменение состояния здоровья: зуд, сыпь, рвота, характер стула, общее состояние, получаемое лечение.

Следует обратить внимание, что зачастую в питании большое место занимают легкоусвояемые углеводы (сахар, сладости, сдоба, варенье и др.). Необходимо их ограничение, причем целесообразно увеличить употребление овощей и фруктов, не ведущее к задержке воды в организме. При этом надо знать, какие овощи и фрукты не являются аллергеном для данного ребенка. Обострение диатеза или экземы могут вызвать также бобовые (фасоль, горох), овощи (морковь, томаты, шпинат, брюква), персики, абрикосы, дыни, виноград, арбузы, ягоды, орехи (грецкие, лесные), грибы, кофе, какао, шоколадные конфеты, мед и др.

Диета при пищевой аллергии строится по типу щадящей, т. е. тот продукт, к которому имеется повышенная чувствительность, исключается. Период обострения заболевания требует исключения экстрактивных азотистых веществ путем замены мясных и рыбных бульонов супами на овощных отварах. Жареное мясо, рыбу и овощи (в меню детей более старшего возраста) заменяют паровыми или вареными, исключают пресное молоко и заменяют его кислыми смесями, творогом. Надо избегать консервированных продуктов, творожных сырков, копченостей, пряностей, так как содержащиеся в них добавки в виде консервантов, красителей, специй имеют высокую аллергизирующую способность.

К продуктам, которые относительно неплохо переносятся большинством детей, относятся говядина, баранина (нежирных сортов), рис, картофель, яблоки, груши, сливы, вишня, масло сливочное и растительное.

У многих детей отмечается очень высокая чувствительность к различным сортам рыбы, рыбным продуктам (икра,

печень), ракам, креветкам, крабам и блюдам из них. Термическая обработка рыбы не влияет на ее аллергенные свойства. При высокой степени чувствительности один запах или пары варящейся или жарящейся рыбы, даже один вид самой рыбы может через несколько минут усилить зуд и появление свежих высыпаний. В связи с этим при признаках повышенной чувствительности рыбу следует исключить на длительное время.

Наибольшими аллергенными свойствами обладает мясо домашней птицы и особенно дичь, в наименьшей — говядина и мясо кроликов.

Довольно часто имеется повышенная чувствительность к продуктам из злаков (крупы, мука, макаронные изделия). При смешанном или искусственном вскармливании признаки аллергии к злакам могут появиться уже в первые недели и месяцы жизни ребенка, когда в питании его применяются молочные смеси, приготовленные на отварах из злаков. Чаще всего реакции отмечаются на прием манной каши.

Продукты, которые могут быть без ущерба исключены из питания: клубника, лимон и другие цитрусовые, орехи, рыба, икра, мед, шоколад, какао, кофе, варенье и др. При этом неупотребление продукта-аллергена достаточно длительное время приводит к потере повышенной чувствительности. Сроки исключения продуктов индивидуальны. Ограничение или исключение отдельных продуктов должно сопровождаться по возможности полноценной заменой другими продуктами с тем, чтобы общая калорийность пищи не снижалась.

Диета детей второго и третьего года жизни должна соблюдаться так же строго, как и на втором году. Практически у детей с экссудативным диатезом важно соблюдать последовательное применение тех или иных диетических приемов. Единой диеты для детей с экссудативным диатезом быть не может, она должна строиться в соответствии с принципами: питание при исключении ряда продуктов должно обеспечивать физиологические потребности организма ребенка, учитывать особенности обмена при этом состоянии, должны устанавливаться индивидуальные продукты-аллергены, сроки введения прикорма, соков, устранены погрешности во вскармливании. После года жизни в связи с расширением набора продуктов проблема питания этих детей облегчается. Повышенная чувствительность к пищевым продуктам по мере роста ребенка может угасать

Примерная схема назначения пищевых продуктов детям с экссудативным диатезом

Исключается	Рекомендуется
Крепкий мясной бульон	Мясо: говядина, баранина, кролик
Консервы мясные и рыбные, копчености, рыба и икра	
Каши: манная, молочная из детской питательной муки	Каши: рисовая, гречневая, перловая на овощных и фруктовых отварах
Жиры: бараний, говяжий	Масло сливочное, растительное (1/3 суточной нормы жира)
Овощи: горох, бобы, огурцы соленые	Овощи: картофель, капуста, огурцы свежие
Фрукты: апельсины, мандарины, лимоны, клубника, консервированные пюре и кисели из них	Фрукты яблоки, груши, сливы, вишня, клюква, сок из них
Шоколад, какао, мед, орехи, сладости, острые пряности и приправы	Кефир, биолакт, ацидофилин, «Бифидумбактерин»
При отсутствии непереносимости	
Яичный белок	Яичный желток (круто сваренный)
Коровье молоко	Сухое восстановленное молоко, сливки, сметана, морковь
Кулинарная обработка	
Жарение	Кипячение, варка, паровая обработка

или полностью исчезать, что дает возможность постепенного расширения их рациона. Правильно подобранная индивидуальная диета позволяет добиться эффективных результатов лечения.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

Общеизвестно, что правильное и полноценное питание ребенка — залог его здоровья. С пищей поступают в организм все необходимые вещества, несущие энергию и строи-

тельный материал для органов и тканей. Однако это не значит, что «чем больше, тем лучше». К сожалению, этот факт многие родители не учитывают. Стремясь видеть своего ребенка «полненьким», они стараются обильно кормить его с самого раннего возраста, дают ему пищи больше, чем это необходимо, и совсем не задумываются о том, что переедание опасно по многим причинам.

В последние годы нередко можно встретить детей, страдающих ожирением. Предупредить это заболевание всегда легче, чем вылечить. К сожалению, в большинстве случаев родители обращаются к врачу с запущенными формами ожирения у детей, когда лечение становится чрезвычайно трудным. И если не будут приняты экстренные меры, «тучные» дети, вырастая, станут «тучными» взрослыми с целым рядом хронических заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта.

Ожирение в детском возрасте характеризуется нарушенным обменом веществ и избыточным накоплением жира в организме. Это происходит в результате нарушенного равновесия между поступлением пищи в организм и его расходованием, что вызывает изменения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, гормональной систем.

Нерациональное и обильное питание с употреблением большого количества легкоусвояемых углеводов (конфеты, сахар, пироги, торты), а также жиров (жирное мясо, сало, сливочное масло) не проходит бесследно, так же как и нарушения режима питания (редкие и обильные приемы пищи, переедание в вечерние часы и т. д.).

Немаловажное значение в развитии ожирения у детей имеет и снижение их двигательной активности вследствие продолжительных занятий ребенка музыкой, иностранными языками, специальными предметами и т. д.

Независимо от причин возникновения ожирения основным методом его лечения является диетотерапия. Диету необходимо строго соблюдать в течение длительного времени, сочетая ее с лечебной физкультурой.

Общим для больных детей различного возраста и степени ожирения является требование, чтобы пища была разнообразной, с достаточным количеством витаминов, не содержала острых приправ и была приготовлена в паровом, отварном или сыром (салаты) виде. Такая кулинарная обработка пищи не способствует увеличению аппетита.

Суточный набор продуктов при I степени ожирения

должен удовлетворять возрастную потребность организма ребенка в основных пищевых веществах. Однако этот набор имеет свои особенности. Так, мясо, куры и рыба должны быть нежирных сортов (говядина II категории, телятина, кролик; рыба тресковых пород). Из молочных продуктов желательно ежедневно давать «Балдырган», кефир, простоквашу, нежирный творог и сыр типа прибалтийского и пошехонского.

При II степени ожирения рекомендуется умеренная диета с ограничением калорийности также за счет легкоусвояемых углеводов и тугоплавких жиров. Из набора продуктов для детей старшего возраста исключают белый хлеб, сахар, сладости. Детям младшего возраста хлеб дается ограниченно. Количество жидкости и солей назначается по возрастной норме. Кулинарная обработка пищи обычная.

Детям, страдающим III и IV степенью ожирения, назначают более строгие диеты, когда соотношение белков, жиров и углеводов составляет 1,0 : 0,7 : 2,0. Из рациона исключаются сахар, сладости, конфеты, хлеб, сдоба, печенье и макаронные изделия, а также виноград, изюм, квас, натуральный кофе, какао, лимонад, мороженое и сметана.

С целью снижения аппетита и чувства голода в рационе таких детей не должно быть экстрактивных веществ, пряностей, копченых и соленых закусок.

При ожирении дети питаются в строго определенные часы 5—6 раз в день.

Высококалорийные блюда необходимо давать в первую половину дня, в период наибольшей двигательной активности. Первые блюда лучше готовить на овощном отваре. На костном мясном или рыбном бульоне можно готовить только 2 раза в неделю.

Растущему и развивающемуся организму необходимы белки, в основном животного происхождения, поэтому в ежедневное меню нужно включать рыбу, мясо, кур нежирных сортов в отварном виде. Гарнирами для вторых блюд должны быть преимущественно овощи. Жареные блюда исключаются, а соль ограничивается.

Следует отметить, что особенно полезны детям свежие и сушеные овощи и фрукты, так как они содержат большое количество клетчатки и пектина, необходимых для работы кишечника. Кроме того, овощи и фрукты обеспечивают организм витаминами, минеральными солями и обладают мочегонным действием. Однако при строгой диете количе-

ство картофеля, бобовых ограничивается, свекла и морковь вывариваются.

В суточном рационе тучных детей ограничивается количество жидкости, поэтому не следует разрешать пить в промежутках между едой. Кроме того, уменьшается количество жидкости в первом и третьем блюдах (до 100—200 миллилитров в первом блюде и до 50—150 миллилитров — в третьем блюде в зависимости от возраста).

Если на фоне диетотерапии не отмечается падения массы тела, то рекомендуется проведение разгрузочных дней 1—2 раза в неделю: мясной день — отварное тощее мясо с овощным гарниром; фруктово-овощной день, творожный день. Наиболее легко дети переносят творожный день с добавлением кефира, «Балдыргана» и других кисло-молочных продуктов.

Необходимо запомнить, что для получения положительных результатов в диетотерапии тучных детей следует:

строго соблюдать режим питания и распорядок дня;

правильно распределять калорийность пищи в течение суток: завтрак — 25%, обед — 35%, полдник — 15%, ужин — 25%;

придерживаться нормального объема каждого кормления и суточного количества пищи соответственно возрасту ребенка;

соблюдать медленный темп еды;

постоянно контролировать массу тела ребенка: ежедневно, а при невозможности 2 раза в неделю взвешивать его.

Родителям необходимо помнить, что излишний вес ребенка — это не только косметический недостаток, но и прежде всего заболевание ребенка, которое необходимо лечить и лечить длительно. И чем раньше будут приняты соответствующие меры, тем лучше будет результат.

ПРИМЕРНОЕ МЕНЮ РЕБЕНКА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ВОЗРАСТЕ 7—10 ЛЕТ

(в граммах)

ЗАВТРАК

Каша гречневая	— 180,0
Огурец	— 80,0
Кофе с молоком	— 150,0

ОБЕД

Салат	— 80,0

Щи из свежей капусты	— 200,0
Голубцы с мясом	— 190,0
Компот из сухофруктов без сахара	— 150,0

ПОЛДНИК

Отварное мясо	— 100,0
«Балдырган» или кефир, простокваша	— 200,0

УЖИН

Салат морковно-яблочный	— 80,0
Яйцо (или творог)	— 2 шт. (150,0)
Чай с молоком	— 200,0

НА НОЧЬ

«Балдырган» или кефир	— 200,0
Суточное потребление хлеба	— 50,0

АЛКОГОЛИЗМ РОДИТЕЛЕЙ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Перед советской семьей, школой и всей советской общественностью поставлена грандиозная задача — растить поколение коммунистического общества.

В основных направлениях реформы общеобразовательной и профессиональной школы подчеркивается, что родители призваны воспитывать детей в духе уважения к труду, подготавливать их к общественно полезной деятельности, приучать к порядку, дисциплине, соблюдению норм жизни нашего общества, заботиться об их физическом развитии и укреплении здоровья, создать необходимые условия для своевременного получения ими общего среднего и профессионального образования, своим отношением к труду и общественным обязанностям показывать детям пример во всем.

Новые люди, люди коммунистического будущего, должны быть физически крепкими, сильными, мужественными, всесторонне и гармонически развитыми, обладающими совершенным разумом и здоровьем.

Однако на пути к решению этой задачи еще много препятствий, и одним из них, очень серьезным, является отвратительное наследие прошлого — алкоголизм. Пьянство противоречит самой природе советского общества. И все-

таки оно существует и продолжает причинять неизмеримый вред, особенно подрастающему поколению.

Нередко мы сталкиваемся с возмутительными фактами насилия, грабежа, хулиганских выходок, несчастных случаев, виной которых является пьянство. Пьянство и алкоголизм вызывают законное возмущение советских людей. Пьянству объявлена решительная и беспощадная война. Решения партии и правительства несомненно помогут более надежно охранять детей и юношество от пьянства и его последствий.

Наши непросвещенные предки не могли знать всей правды об алкогольном яде. И в этом нет ничего удивительного. Поразительно другое. В наш век научно-технической революции, когда чуть ли не каждый имеет необходимые сведения о космосе, законах атомной энергии и о других сложных явлениях, многие взрослые до сих пор не понимают, что представляет собой алкоголь, в чем выражается его вредное влияние на организм, особенно детский.

В ЧЕМ ВРЕД АЛКОГОЛЯ?

Алкоголь, или винный спирт,— непременная составная часть всех спиртных напитков, как самых крепких (водка, коньяк), так и слабых (виноградное вино, наливки, пиво), в которых содержится от 5 до 20% алкоголя. Можно подумать, что слабое виноградное вино или пиво не опасны или, во всяком случае, менее вредны, чем водка. Однако это совсем не так. Ведь пива и вина в один прием употребляют обычно в гораздо больших количествах, чем водки. А в 4—5 полулитровых кружках пива или в 3—4 бокалах вина алкоголя ничуть не меньше, чем в 3—4 рюмках водки.

Алкоголь отрицательно действует на весь организм. Безвредная, на первый взгляд, иногда бесцветная, как вода, жидкость таит в себе яд, который при известных обстоятельствах может стать смертельным для любого живого организма. Так, 15% раствор винного спирта убивает простейшие существа — микроорганизмы. На этом основано применение спирта для дезинфекции. Влейте в горшок с цветком стакан воды, в котором растворена чайная ложка спирта, и цветок завянет. Оказывается, спирт ядовит для всякой живой клетки и может загубить ее в самом начале развития. Когда к воде для ежедневной поливки зерен пшеницы прибавляли 15—20 капель спирта, зерна вовсе не прорастали. Крупнейшие русские ученые Д. И. Менделеев,

С. П. Боткин, И. М. Сеченов, И. П. Павлов, В. М. Бехтерев и многие другие ученые других стран исследовали влияние алкоголя на живые организмы, для чего проводили многочисленные опыты и наблюдения над растениями и животными, начиная с насекомых, птиц и кончая собаками. Исследователи убедились в огромном вреде, причиняемом алкоголем всему живому. Расцветающую бегонию стали поливать через день 5% раствором спирта. Через 10 дней, когда растение почти погибло, поливку алкоголем прекратили. Бегония продолжала жить, но перестала расти: она навсегда осталась карликовой. Из семян ржи под влиянием алкоголя вырастали хилые, слабенькие росточки. Итак, алкоголь задерживает развитие растений. Точно так же он влияет на насекомых и животных. Яички мухи положили на бумагу, пропитанную спиртом. Прошли все сроки, необходимые для их нормального развития, и только спустя долгое время яички превратились в мух. Щенки, в пищу которых длительно добавляли немного водки, вырастали хилыми, малорослыми, малоподвижными и трусливыми.

Особенно интересны опыты ученых, доказывающие пагубное действие алкоголя на потомство птиц и животных. Беременным крысам в течение определенного времени давали маленькие порции алкоголя. И что же? Из 88 детенышей, рожденных ими, 54 погибли сразу же после рождения. Еще любопытнее опыт одного французского ученого. В сарай, под которым находилось помещение для перегонки спирта, было положено 160 куриных яиц для искусственного вывода цыплят. Вылупилась только половина цыплят. Из них вскоре 40 погибли, а 25 вылупились уродливыми: у них отсутствовали когти, были ненормальные клювы, раздвоенные пальцы на лапках и другие уродства. Вот как повлияла на цыплят алкогольная атмосфера! А вот что получается, когда животное-мать сама употребляет спиртное. В корм беременной собаке в последние 3 недели до родов ежедневно подливали немного водки. Собака ощенилась шестью щенками, но трое из них оказались мертвыми, остальные — хилыми и больными.

Итак, алкоголь — яд для любой живой клетки, начиная с простейшего комочка протоплазмы и кончая высокоорганизованными клетками головного мозга человека. Чем объяснить столь отрицательное влияние алкоголя? Известно, что организм человека состоит из клеток. Объединяясь, клетки образуют различные ткани тела — мышечную, железистую, нервную и др. Из тканей построены органы и

целые системы органов. Ткани и органы выполняют определенную работу, обеспечивающую развитие, деятельность и самую жизнь человека. Оказывается, проникнув в организм, алкоголь очень скоро расстраивает работу тканей и органов. Быстро сгорая, он отнимает у них кислород и воду. Обезвоженные и лишенные кислорода клетки сморщиваются, деятельность их затрудняется. При значительном и частом попадании алкоголя в организм клетки различных органов в конце концов погибают. В присутствии алкоголя нарушаются чуть ли не все физиологические процессы в организме, а это может привести к тяжелым заболеваниям органов или даже целых систем. Перерождается ткань печени, почек, сердца, сосудов и пр. Быстрее и губительнее всего алкоголь действует на головной мозг, при этом в первую очередь страдает кора больших полушарий, т. е. высшие отделы мозга. Быстро доставленный током крови к головному мозгу алкоголь проникает в нервные клетки, богатые особым жироподобным веществом (липоидом), очень важным для работы этих клеток. Липоид легко растворяется в алкоголе, который все больше и больше пропитывает нервные клетки. Насыщенные алкоголем, да к тому же потерявшие значительное количество жидкости нервные клетки перестают нормально работать. Часть их разрушается и выходит из строя; в результате связь между различными отделами мозга расстраивается. Таким образом, алкоголь тормозит передачу раздражения из одного отдела мозга в другой, а затем и вовсе обрывает связь между ними.

Одновременно алкоголь влияет на кровеносные сосуды, несущие кровь к мозгу. Сначала они расширяются и насыщенная алкоголем кровь бурно приливает к мозгу, вызывая резкое возбуждение нервных клеток. Вот откуда чрезмерно веселое настроение, развязность пьянеющего человека!

Ученые выяснили, что под влиянием спиртных напитков в коре больших полушарий головного мозга животных и человека вслед за усиливающимся возбуждением наступает резкое ослабление процессов торможения. Возбуждение же, возникающее в низших отделах мозга, ничем не сдерживается. Кора головного мозга перестает контролировать работу низших, так называемых подкорковых отделов мозга. Вот почему опьяневший человек теряет контроль над собой и критическое отношение к своему поведению. Утра-

чивая сдержанность, скромность, он говорит и делает то, чего не сказал бы и не сделал в трезвом состоянии.

Эфемерные, неосязаемые эмоциональные ощущения сегодня переведены на строгий язык биохимии. Опьянение с приподнятым настроением сопровождается, как выяснилось, усиленным удалением из организма катехоламинов, которые служат посредниками в передаче сигналов от клетки к клетке и особенно активны в зонах мозга, где формируются наши влечения, эмоциональные циклоны и антициклоны. Так вот, в отличие от людей, которым выпивка доставляет удовольствие, у тех, кто равнодушен к ней, выведение катехоламинов после употребления того же количества крепких напитков почти не возрастает.

Среди катехоламинов больше других откликается на алкоголь норадреналин. Результат его кипучей деятельности — беспричинная веселость, обманчивая легкость в движениях, в мыслях, чувствах. Так проходит первый час, приятный для жаждущих развеяться, расслабиться, отключиться. Дальше вступают в силу неумолимые законы биохимии: чрезмерная активность названных аминов-посредников сопровождается их ускоренным распадом. Эмоциональная раскованность сменяется заторможенностью, подъем — упадком.

С каждой выпивкой повторяется выброс норадреналина из его депо — мозга. Восстановление запасов не успевает за алкогольными тратами, мозг начинает испытывать дефицит важнейшего катехоламина, в настроении преобладают смутные чувства дискомфорта, подавленность, вялость. В голове стучит: надо выпить. Рюмку. Одну рюмку... Тут бы кому-то и дернуть стоп-кран... Нет, не дергают! Подумаешь, стакан «принял», ну два... Ведь не пьяница. Так под сенью снисходительного попустительства формируется психическая зависимость от алкоголя.

Врачи считают, что алкоголизм, развивающийся в результате непреодолимого влечения к алкоголю,— серьезная болезнь, требующая специального лечения. Пьянство же — не болезнь, а результат неправильного воспитания, слабоволия, распущенности, подражания дурным примерам. Десятилетиями господствовало предположение, что потенциальные алкоголики по психическому складу отличаются от устойчивых трезвенников. Шли поиски штрихов к портрету «алкогольной личности», но тщетно. Большинство специалистов у нас и за рубежом пришли к мнению: будущая жертва алкоголя ничем психологически не выде-

ляется. От опасности не застрахованы ни весельчаки, ни меланхолики, ни энергичные, уверенные в себе, ни разболтанные, поддающиеся влияниям. Другое дело, что тип личности накладывает отпечаток на течение и проявление алкоголизма и алкоголизм изменяет — и всегда в худшую сторону — характер человека, снижает уровень его интеллекта и нравственности.

В медицине имеются бесспорные доказательства, что безопасного уровня потребления алкоголя вообще не существует. Если человек пьет годами, соблюдая какую-то выдуманную для себя норму, все равно у него постепенно поражаются важнейшие органы. Их изменения необратимы. И совершенно безразлично, у кого это происходит — у алкоголика или у умеренно выпивающего. Из-за неточного знания истинных свойств алкоголя у многих людей сложились о нем неверные представления. Утверждают, например, что спиртные напитки полезны: обладая высокой калорийностью, они будто бы очень питательны и могут укреплять организм как взрослого, так и ребенка. Так ли это? Прежде всего, не всякое калорийное вещество является питательным. Керосин и бензин обладают большой калорийностью, но ведь никому не придет в голову считать эти вещества питательными и укрепляющими организм. В пище должны содержаться определенные питательные вещества: белки, жиры, углеводы. Спирт не содержит питательных веществ. Глубоко заблуждаются люди, считающие водку, вина, ликеры и другие спиртные напитки питательными. Если в них и имеется известный процент сахара, то его пищевая ценность сводится на нет вредностью алкоголя, содержащегося в напитке. Что касается пива, о котором так часто говорят с одобрением, то польза от него весьма сомнительна. В одном литре пива содержится: воды — 907,0, алкоголя — 37,0, азотистых веществ — 5,0, углеводов — 43,0 грамма. Следовательно, пиво, кроме алкоголя, содержит много углеводов, которые в организме легко переходят в жиры. Однако полнота, наблюдавшаяся у людей, выпивающих большое количество пива (а понемногу его обычно не пьют), не есть признак здоровья. Это сигнал о нарушении обмена веществ в результате неумеренного употребления этого напитка.

Опытами на животных и наблюдениями над людьми установлено, что алкоголь, попав в желудок, в течение некоторого времени активизирует работу желудочных желез. Однако при систематическом употреблении алкоголя воз-

никает воспаление слизистой оболочки желудка. Деятельность желудочных желез нарушается, уменьшается выделение желудочного сока, от которого зависит то, что мы называем аппетитом. Вот почему у людей, часто выпивающих, аппетит в конце концов исчезает, затрудняется переваривание и усвоение пищи. Обманчиво и то ощущение тепла, которое испытывают люди, выпивающие для того, чтобы согреться. Это ощущение кратковременное и быстро исчезает. Алкоголь не приносит организму тепла. Напротив, под его действием резко расширяются кровеносные сосуды кожи, по которым теплая кровь как бы выносит тепло на поверхность тела и усиленно отдает его через кожу в окружающую среду. Именно поэтому лицо выпившего резко краснеет, хотя его тело внутри охлаждается. По той же причине пьяный, оказавшись в условиях сильного холода, замерзает быстрее трезвого.

Среди причин смертности алкоголь занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей. И это не удивительно. Исследованиями доказано, что содержание алкоголя в крови, равное 3—4% (а это бывает при единовременном поглощении 7—8 граммов чистого спирта на каждый килограмм веса), приводит к смерти. Следовательно, литр 40-градусной водки, выпитой сразу взрослым человеком весом 75 килограммов, может оказаться для него смертельным. Русский исследователь конца XIX века П. С. Алексеев подчеркивал 4 особо вредных свойства алкоголя:

1. От отравления алкоголем умирает больше людей, нежели от других ядов;
2. Против алкоголя нет противоядий в отличие от других ядов;
3. Ни один яд не вредит кому-либо, кроме самого отравившегося, а алкоголь делает несчастными окружающих пьяницу;
4. Ни один яд, кроме алкоголя, не губит потомство.

КАК ДЕТИ РАСПЛАЧИВАЮТСЯ ЗА БЕЗРАССУДСТВО РОДИТЕЛЕЙ

Алкоголь бьет не сразу, но чаще всего наверняка и не только самого пьющего, но и его потомство. За алкоголизм родителей во многих случаях тяжело расплачиваются дети. Каким образом это происходит? Спиртные напитки, попадая в организм, очень часто вызывают болезненные изме-

нения в половых железах. Врачи-специалисты утверждают, что чуть ли не в половине случаев у мужчин, страдающих алкоголизмом, наблюдаются серьезные отклонения в половой жизни, в некоторых случаях импотенция, а следовательно, и невозможность деторождения. Длительное систематическое употребление спиртных напитков может привести к перерождению, а иногда и к атрофии половых желез. Железы либо вовсе перестают вырабатывать половые клетки, либо эти клетки у них неполноценны. Это касается в равной мере как мужчин-алкоголиков, так и женщин. Понятно, что при слиянии подобных зачатковых клеток образуется неполноценный зародыш. А в результате — выкидыш, мертворожденные, неполноценные дети. Многочисленные наблюдения врачей свидетельствуют о том, что дети людей, злоупотребляющих спиртными напитками, с рождения отстают в развитии, чаще заболевают и труднее переносят болезни. Многие из них погибают в самом раннем возрасте.

Может быть, такая печальная судьба уготована только детям злостных алкоголиков? Может быть, редкие выпивки не угрожают будущим родителям иметь полноценное потомство?

В семье одного агронома с большим нетерпением ждали ребенка. И вот, наконец, появился наследник. Однако радость счастливых супругов вскоре омрачилась. Мальчик плохо развивался, безразлично смотрел на родителей, в четыре месяца еще не держал головы, не улыбался. Приглашенный врач подтвердил горестные догадки родителей: ребенок отстает в физическом и психическом развитии. Еще через два месяца у мальчика начались судорожные припадки. Он по-прежнему не узнавал матери, был ко всему безразличен, плохо брал грудь, а голова его не увеличивалась. Что с ребенком? Почему он такой? Ведь родители как будто здоровы, оба работают, любят друг друга. Они общительны, часто бывают в компании друзей...

— А вино, водку не пьете? — интересуется врач.

— Как же без этого в компании-то? — удивился отец.

— Не каждый день приходится, но по выходным, а иной раз и в будни с приятелем поллитровочку разопьем.

— А жена тоже выпивает?

— А как же, и супруга от компании не отстает. Да ведь она у меня крепкая, 3—4 рюмочки хлопнет и ничего, без всяких последствий.

Так вот в чем таилась причина рождения неполноцен-

ного ребенка — в выпивках родителей, невинных, с точки зрения несведущих супругов, но систематических и неумеренных, с точки зрения врача. Каким же образом это случилось?

Попытаемся вкратце рассказать о том, что очень важно знать всем, особенно юношам и девушкам, молодым супругам, и чего, к сожалению, многие не знают.

Жизнь ребенка начинается гораздо раньше его появления на свет. Фактически каждое существо начинает жить с момента зачатия, т. е. когда сливаются женская и мужская половые клетки. И вот оказывается, что состояние опьянения хотя бы одного из родителей во время зачатия может гибельно отразиться на развитии и здоровье будущего ребенка. Он может родиться нервнобольным, с тяжелым уродством или физическим недостатком (слепота, глухота и др.). Одна из главных причин нервных заболеваний у маленьких детей — состояние опьянения родителей во время зачатия. Сколько слез, конфликтов и горя можно было бы избежать, если бы люди, вступающие в брак, были бы своевременно осведомлены об этом!

С помощью специальных опытов выяснено, что уже через час после употребления спиртного напитка, даже в умеренном количестве, можно обнаружить алкоголь в семени у мужчин и в яичниках у женщин. И чем скорее после приема вина происходит извержение семени, тем значительнее содержание в нем алкоголя и, следовательно, тем губительнее его влияние на зарождающийся плод. Опыты над животными также подтвердили возможность поражения половых клеток алкогольным ядом. Спаивание собак перед совокуплением приводило к появлению неполноценного потомства: рождались слабые, малорослые щенки, нередко у них наблюдались судорожные припадки.

В настоящее время доказано, что хронический алкоголизм родителей во многих случаях является причиной умственной отсталости детей. Еще в глубокой древности хорошо понимали, насколько пагубно влияет на потомство пьянство родителей и зачатие в состоянии опьянения. «Пьяница не может произвести на свет ничего путного»,— говорили тогда. Греческий философ Диоген сказал, увидев ребенка-идиота: «Его отец был пьян, когда мать его зачала».

Мудры и прозорливы были законы древних, заботившихся о благе народа и страны. В древнем Карфагене супруги не смели пить ничего, кроме воды в дни супруже-

ского соединения. В Спарте (древняя Греция) был издан закон, запрещающий употреблять вино в день брака. В древней Руси существовал аналогичный обычай, запрещающий молодым супругам пить вино во время свадьбы.

В наши дни веселые торжества по поводу помолвки, свадьбы продолжаются иной раз не один, а несколько дней подряд и обязательно сопровождаются обильными возлияниями спиртных напитков. Молодожены пьют много, пьют допьяна, и в этом состоянии начинается их брачная жизнь. В состоянии опьянения зарождается их первенец.

На прием к врачу пришли молодые родители. На руках у отца лежала одиннадцатимесячная девочка. Теплом и любовью дышали слова молодого человека, когда он положил ребенка на кушетку для осмотра: «Вот моя дочурка — хорошая дивчина, но почему-то ленится сидеть». Ребенок не только не сидел, но и не мог удержать головку, хотя все сроки для приобретения этого навыка прошли. Девочка бессмысленно улыбалась, не следила за движущимися перед ее глазами предметами, не реагировала на зов матери. Одним словом, это была тяжелая задержка развития. Молодые, полные сил родители, первый любимый ребенок и вдруг... Оба утверждали, что в доме никогда спиртного не бывает. Вот только когда расписались, вечером у них собрались родственники и друзья и весело «отпраздновали» свадьбу. А дальше все было как у всех. И вот результат.

Влияние отца ограничивается моментом зачатия. А дальше развитие зародыша всецело зависит от матери. Поэтому горе ребенку, у которого отец пьяница, но вдвойне горе ему, если пьяница — его мать.

Алкоголь, употребляемый матерью во время беременности, беспрерывно поступает в кровь. Материнская кровь несет к клеткам плода вместо необходимого питания алкогольный яд, который прежде всего поражает зачатки развивающейся у плода нервной системы. Мало-помалу у зародыша нарушается нормальный обмен веществ, искажается и приостанавливается его развитие, тяжело поражается мозг.

Давно уже врачи отмечают, что организм и особенно нервная система детей, родители которых пристрастны к алкогольным напиткам, значительно ослаблены и плохо сопротивляются инфекционным заболеваниям или неблагоприятным условиям окружающей среды. Уже с рождения такие дети беспокойны, возбуждены, плохо едят, вздраги-

ваюг во сне при малейшем звуке. Позднее, в дошкольном возрасте, они очень капризны, плаксивы, иной раз поражают своей суетливостью, необузданностью, а иногда и жестокостью. В школе они, как правило, учатся плохо, на уроках невнимательны, непоседливы. По наблюдениям педагогов, дети семейств алкоголиков составляют основную группу второгодников. Да разве только алкоголь виноват в этом? Разве вся обстановка, в которой происходит опьянение: пьяные дебоши, драки, скандалы,— не причиняет тяжелых травм будущей матери и младенцу?

Предрассудки, связанные с мнимыми полезными качествами спиртных напитков, нередко бытуют среди женщин и в настоящее время. Некоторые утверждают, что алкогольные напитки благотворно действуют на беременную женщину, способствуя лучшему развитию плода, а в дальнейшем и большему выделению грудного молока. Этот нелепый предрассудок имеет свои печальные последствия: ребенок сначала в материнской утробе через кровь матери, а затем с первых дней жизни через ее молоко получает алкоголь. В результате он оказывается слабым, часто болеющим, беспокойным, подверженным нервно-психическим расстройствам.

Детскими врачами описано немало случаев алкогольного отравления младенцев. Вот один из них. Трехнедельный ребенок после каждого кормления грудью кричал, краснел, бился в судорогах, а затем засыпал словно мертвый. Оказалось, что мать ежедневно выпивала виноградного вина, чтобы увеличить отделение молока. Ребенка перевели на искусственное вскармливание, и вскоре после этого он выздоровел. Представление некоторых кормящих женщин о том, что спиртные напитки улучшают качество грудного молока, также не подтверждается наукой. Напротив, по данным химиков, женское молоко под действием алкоголя становится более жидким, причем в нем уменьшается количество белка, крайне важного для питания ребенка. Что касается пива, которое усиленно рекламируют кормящим матерям «знатоки»-кумушки, то этот напиток может принести особый вред. Вскармливаемые таким образом дети, хотя и лучше прибавляют в весе, чем другие, зато становятся беспокойными, плохо едят, а впоследствии многие из них отстают в умственном развитии.

КАК ВЛИЯЕТ АЛКОГОЛЬ НА ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В незапамятные времена наши предки считали единственно пригодными напитками для детей воду и молоко. В Древней Греции и Древнем Риме подросткам и юношам до восемнадцати лет вообще запрещалось пить вино.

Алкоголь чрезвычайно летуч, и поэтому применение его требует большой осторожности. В медицинской литературе описан любопытный случай. Четырехмесячному ребенку мать прикладывала к животу спиртовые компрессы, чтобы успокоить кишечные колики. Ребенок задремал, но через полтора часа сильно побледнел и потерял сознание. Из его рта выделялся резкий спиртной запах. Вызванный врач с трудом спас отравленного алкогольными испарениями ребенка.

Даже однократный прием сравнительно небольшого количества алкогольного напитка может привести ребенка к сильному опьянению. Так, у восьмилетнего здорового мальчика, выпившего четверть стакана крепкого красного вина, уже через несколько минут наблюдалось состояние тяжелого опьянения. Ребенок не мог стоять на ногах, язык его заплетался, он несвязно бормотал всякую чепуху.

Особенно страшно действует алкоголь, если ребенок или подросток употребляет его систематически в течение длительного времени. Раннее систематическое употребление спиртных напитков, хотя бы и в небольших дозах, вызывает болезненные изменения в крови, нарушает нормальный обмен веществ, приводит к значительной задержке роста и развития ребенка. Вызывая изменения в крови, алкоголь оказывает отрицательное действие на лейкоциты — белые кровяные тельца, лишая их способности бороться с болезнетворными микробами. Очевидно, поэтому дети и подростки, употребляющие спиртные напитки, чаще, чем их сверстники, заболевают инфекционными заболеваниями и плохо их переносят.

На детский, еще не сформировавшийся организм алкоголь действует несравненно интенсивнее, чем на взрослый. Он вызывает серьезные заболевания внутренних органов, в частности органов пищеварения. Желудок и кишечник в детском возрасте чрезвычайно ранимы. Раздражая эти органы, алкоголь вызывает длительные расстройства в их деятельности. В результате — нарушение питания ребенка, истощение организма, задержка роста.

Печень, также относящаяся к органам пищеварения, задерживает в себе все вредное, что поступает в нее с током крови. Одновременно она образует новые, чрезвычайно необходимые для организма вещества. Отсюда понятно, что нормальная работа печени особенно важна для развивающегося организма ребенка.

Алкогольный яд очень серьезно поражает печень. Отравленная печень постепенно сморщивается, возникает так называемый цирроз печени, и деятельность ее резко нарушается. Это тяжелейшее заболевание наблюдалось у детей и подростков, длительно употребляющих спиртные напитки. В медицинской практике известен случай смерти от цирроза печени семилетнего мальчика, который ежедневно в течение трех месяцев тайком от родителей выпивал несколько рюмок водки.

Самым уязвимым местом в детском организме является центральная нервная система и прежде всего головной мозг. Детский мозг находится в процессе развития, ему необходим богатый подвоз питательных веществ. Алкоголь же повреждает стенки кровеносных сосудов и тем самым препятствует доставке необходимых веществ неокрепшему мозгу. Нежная, богатая водой ткань детского мозга легко всасывает алкогольный яд, гибельно действующий на нервные клетки. Поэтому малейшее злоупотребление спиртными напитками в детском, отроческом и юношеском возрасте влечет за собой глубокие болезненные изменения в центральной нервной системе. Дети, привыкшие с раннего возраста употреблять вино и другие алкогольные напитки, становятся раздражительными, жалуются на головные боли, беспокойно спят, быстро утомляются. Частое или неумеренное употребление спиртного может быть причиной развития у детей очень тяжелого заболевания — эпилепсии.

Десятилетнего мальчугана на празднестве взрослый сосед по столу уговорил распить с ним потихонечку бутылку красного вина. Ребенок охотно чокался с подвыпившим соседом и выпивал рюмку за рюмкой. Внезапно мальчик с криком упал со стула, потерял сознание и не приходил в себя в течение нескольких часов. Прерывистое дыхание и запах алкоголя изо рта свидетельствовали о том, что ребенок жив, но мертвецки пьян. Последнее, как это ни дико, даже позабавило взрослых. Ночью у мальчика начались судороги и только утром он пришел в себя. Однако через некоторое время судороги повторились, и с тех пор через

каждые 9—10 дней ребенок бился в тяжелом эпилептическом припадке.

Воздействуя на центральную нервную систему, алкоголь временно парализует важнейшие отделы коры больших полушарий мозга и тем самым затрудняет умственную деятельность. В разное время выдающимися учеными были проведены наблюдения в отношении влияния алкоголя на психические процессы. Результаты этих наблюдений оказались чрезвычайно убедительными. Только от однократного приема и даже незначительного количества алкоголя у детей и подростков заметно расстраиваются все виды умственной деятельности: слабеют внимание и память, уменьшается способность к вычислениям, страдает логическое мышление. После приема спиртного напитка дети долго не могут выучить наизусть несложное стихотворение, путают содержание рассказа; они не справляются с доступными для них раньше арифметическими задачами, теряют сообразительность и способность логически рассуждать. Большинство больных алкоголизмом, по собственному признанию, начали употреблять спиртные напитки в юношеском, а некоторые в детском возрасте, подражая взрослым или, что еще хуже, поддаваясь их уговорам.

Ведь если в семье не звучит тревога по поводу частых выпивок, то и у детей формируется неправильное отношение к спиртным напиткам. Они считают в порядке вещей то, что пьют все, пьют для веселья, для удовольствия. Развенчать такое представление бывает впоследствии трудно. Действительно, привычные выпивки родителей, взрослых членов семьи не вызывают у подростков такого отвращения, как валяющийся под забором пьяный. Ведь подросток не знает, каким коротким бывает путь от «бытового» пьянства к алкоголизму. Но сохранить в глазах детей авторитет пьющего отца невозможно. Подросток перестает относиться к нему с уважением, более того, у него иногда развивается реакция опеки. Но это опека не любовная, не заботливая, а пренебрежительная. Отец не воспринимается как глава семьи.

Тяжело отражается на детях и пьянство матери. Надо сказать, прежде многие считали, что, насмотревшись на бесчинства пьяного отца, подросток уже никогда не будет пить сам. Однако в действительности бывает как раз наоборот. Между пьянством родителей и детей есть причинная связь. Мы знаем немало примеров, когда в пьянство подростка втягивает именно отец. Вот мы и подошли к

вопросу, волнующему многих читателей: передается ли склонность к пьянству по наследству или формируется средой? Если пьет отец, станет ли алкоголиком сын? Вопрос сложный, и, пожалуй, однозначного ответа на него нет. К тому же не все пьющие превращаются в алкоголиков. Встречаются горемыки, которые и пили-то меньше, чем друзья-приятели, но в отличие от них сходят с круга, топят себя в вине. Ссылаются обычно на жизненные обстоятельства, неустойчивый характер, наследственность. Это не пустые отговорки. Научный анализ подтверждает провоцирующую роль таких факторов, особенно если они наслаиваются один на другой. Но есть своя правда и в метком присловье: причина найдется, была бы охота. Здесь суть — желание опьянеть. Откуда оно возникает, чем поддерживается? На разгадку этого феномена направлено сейчас изучение биологической природы алкоголизма.

На счастье, не все лабораторные животные равнодушны к спиртному. Значит, есть модель для научных экспериментов. В одну поилку налили воду, в другую спиртовой раствор. Крысам предоставлен выбор. Одни склоняются к алкоголю, другие напрочь отвергают его, третьи — промежуточная группа: выраженных наклонностей нет. Знакомая картина, не правда ли? Причем дело сделалось без микросреды, дурного влияния или семейных неурядиц. К 1980 году скрупулезным отбором и скрещиванием финский исследователь К. Эриксон вывел крыс, у которых наследственно закреплено и передается из поколения в поколение либо положительное, либо отрицательное отношение к алкоголю. Опыты на животных подтвердили то, что угадывалось психологами и психиатрами: алкоголь стимулирует центры удовольствия в центральной нервной системе. Человек, который ощутил радужное возбуждение, желает порадовать себя еще. У других же эмоциональный фон менее податлив на алкоголь, ощущения менее острые, вот их и меньше тянет к выпивке. Недавно, например, в Дании и Швеции было проведено одно очень любопытное исследование: ученые проследили за развитием детей, рожденных в семьях алкоголиков, но воспитанных в нормальных условиях приемными родителями. Оказалось, что впоследствии среди них алкоголизм был отмечен в четыре раза чаще, чем среди всей популяции сверстников-мужчин. Это позволяет думать, что наследственное предрасположение к развитию алкогольной болезни существует. Но это не больше чем предрасположение. И реализуется оно лишь при соответст-

вующих условиях. Так что если у ребенка отец или мать были алкоголиками, у него повышен риск привыкания к спиртным напиткам. И надо особенно быть настороже, ограждая подростка от компаний, где пьют. Настороже должны быть все родители!

По данным специальных исследований, в 60% случаев первое знакомство с алкоголем происходит в семье. Нередко даже во вполне благополучной, где не видят опасности в том, что дети наравне со взрослыми сидят за столом на свадьбах, днях рождения и прочих семейных праздниках, где дают им попробовать шампанское, пиво, вино. В малых дозах эти напитки как будто безобидны. Но постепенно нарастает опаснейшая для подростка интоксикация. Молодой организм в этом отношении особенно неустойчив и податлив.

Важно заметить, что не только такие причины толкают подростка к пьянству. Любая конфликтная ситуация, отторгающая его от дома, заставляющая искать компанию на улице, чревата опасностью. Ибо в этих компаниях обязательно найдется лидер, старший по возрасту, бывалый парень, привлекательный для ребят тем, что все запретные плоды он отведал. И если в этот момент родители поймут всю тяжесть возникшей опасности, если примут меры для того, чтобы отвлечь сына (а иногда и дочь) от скверной компании, создадут нормальные условия дома — тогда этим эпизодом может все и кончиться. На родителях лежит огромная ответственность! Откуда, например, у подростка деньги, чтобы пить систематически? Дают родители. Дают, конечно, не для вина, но, субсидируя своего сына рублями, то пятью, а то и десяткой, не интересуются, как и на что эти деньги потрачены. А разве редко отцы сами угощают сыновей, дают допить из пивной кружки, из рюмки, а то и из бутылки? Закон предусматривает как административную, так и уголовную ответственность за доведение несовершеннолетнего до состояния опьянения. И это, конечно, касается и того случая, когда несовершеннолетний — собственный ребенок.

В Кодексе законов о семье и браке РСФСР есть специальная статья, согласно которой хронических алкоголиков можно лишать родительских прав. И опыт показал, что эта мера правильная, часто совершенно необходимая. Она приносит благо не только ребенку, которого удается избавить от вредного влияния, создать ему нормальные условия. Нередки случаи, когда лишение родительских прав

оказывало на мать, больную алкоголизмом, чрезвычайно сильное воздействие. Опустившаяся, безразличная ко всему женщина нередко обретала в себе силы, чтобы начать лечиться, вернуться к жизни.

Итак, из всего сказанного можно сделать вывод: алкоголь, вне всякого сомнения, отрицательно влияет на развитие и здоровье ребенка, если родители еще до его рождения неумеренно употребляли спиртные напитки или были в состоянии опьянения в момент зачатия. Другие дети, растущие «в алкогольной» обстановке, с раннего возраста лишены нормальных условий ухода и воспитания, что также отрицательно сказывается на их здоровье. Они становятся жертвами алкоголя, хотя сами его не употребляли. Наконец, алкоголь может оказывать вредное воздействие на развивающийся организм детей и подростков, если они сами рано начинают употреблять спиртные напитки.

Никогда, ни при каких обстоятельствах ребенок не должен получать ни капли спиртного! Запах вина от подростка должен стать тревожным сигналом для родителей, общественности, педагогов.

СОДЕРЖАНИЕ

ЕСЛИ РЕБЕНОК БОЛЕН

Редактор *И. Л. Подгорная*
Мл. редактор *Л. И. Крашенинникова*
Художник *А. Г. Седельников*
Художественный редактор *Б. Мухамедиев*
Технический редактор *Л. И. Шайкова*
Корректор *Н. К. Жолумбетова*

ИБ № 3203

Сдано в набор 21.08.85. Подписано в печать 21.12.85. УГ 17543. Форм 84×108¹/₃₂. Бумага тип № 1. Гарнитура литературная. Высокая печат Усл. печ. л. 8,82. Усл.-кр. отт. 8,87. Уч.-изд. л. 9,72. Тираж 68000 экз. З каз № 2594. Цена 50 коп.

Ордена Дружбы народов издательство «Казахстан» Государственного ком тета Казахской ССР по делам издательств, полиграфии и книжной торго ли. 480124, г. Алма-Ата, проспект Абая, 143.

Полиграфкомбинат производственного объединения полиграфических пре приятий «Кітап» Государственного комитета Казахской ССР по делам изд тельств, полиграфии и книжной торговли, 480002, г. Алма-Ата, ул. Паст ра, 41.

៩០ ន.



PHOTOS BY ANDREY G AKA DONUT190